

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

POUR

N°
198

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gabriel CORRE

Né à Landivisiau, le 2 juin 1884
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES

MÉDIASTINITES SYPHILITQUES

ET PARTICULIÈREMENT DES

MÉDIASTINITES

AVEC OBLITÉRATION DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE

Président : M. ROGER, professeur

PARIS

JOUVE ET C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1913

198

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gabriel CORRE

Né à Landivisiau, le 2 juin 1884
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

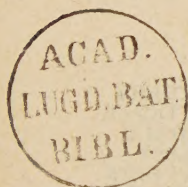
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES

MÉDIASTINITES SYPHILITIKES

ET PARTICULIÈREMENT DES

MÉDIASTINITES

AVEC OBLITÉRATION DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE



Président : M. ROGER, professeur

PARIS

JOUVE ET C^e, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
	TEISSIER
Pathologie chirurgicale.	LEJARS
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	MARFAN
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES FRÈRES, SCEURS ET BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat

(1907-1908)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TERRIEN
Ophtalmologiste des Enfants-Malades

(1908-1909)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIÉRY
Chirurgien de l'Hôpital Tenon

(1909-1910)

M. LE DOCTEUR MOUTARD-MARTIN
Médecin de l'Hôpital de la Charité

(1910-1911)

MONSIEUR LE DOCTEUR VARIOT
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Assistés

(1911-1912)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANSELME
Médecin de l'Hôpital Broca

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MESSIEURS LES DOCTEURS NOËL HALLÉ
ET A. HUGUIER

Chirurgiens de l'Hôpital Saint-Joseph

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Accoucheur de la Clinique Tarnier

MONSIEUR LE DOCTEUR JOSUÉ

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

M. LE DOCTEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Médecin des Hôpitaux

A tous l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A MES AMIS

MERCIER, VERNES, CHEVALIER

Internes des Hôpitaux

PAILLARD

Interne-lauréat

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de pathologie expérimentale et comparée
Médecin de l'Hôtel Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Depuis quelques mois, les travaux se sont multipliés sur les médiastinites syphilitiques. C'est aux renseignements fournis par l'exploration radiologique que l'on doit d'avoir pu poser, dans la plupart des cas, un diagnostic ferme. Il est très probable que le nombre des médiastinites syphilitiques observées dépasse de beaucoup celui des observations publiées ; néanmoins, ces dernières sont suffisamment précises pour permettre d'établir dans la mesure du possible le tableau de la médiastinite syphilitique. Tantôt elle se surajoute à un anévrisme aortique ou à des lésions broncho-pulmonaires, tantôt elle localise son action à la compression de la veine cave supérieure, tantôt elle est diffuse, déterminant des troubles de compression multiples, mais sans léser définitivement aucun organe ; tantôt, enfin, il s'agit d'une légion syphilo-tuberculeuse (Sergent).

Aussi bien, après avoir esquissé un tableau d'ensemble de la médiastinite syphilitique, nous nous sommes efforcé de décrire des formes cliniques et à propos de chacune d'entre elles, nous avons rapporté *in extenso* les observations correspondantes pour

donner à ce travail un caractère documentaire. La contribution originale qu'il apporte est d'ailleurs assez importante, puisque cette thèse contient deux observations inédites, la première due à l'obligeance de M. le Dr Josué, médecin de l'hôpital de la Pitié, la seconde due à l'obligeance de M. le professeur Roger, médecin de l'Hôtel-Dieu. Qu'il nous soit permis, ici, de les remercier et de leur témoigner notre profonde gratitude.

Nous avons insisté spécialement sur la médiastinite à symptomatologie cave supérieure, car nos deux observations inédites se rapportent à cette variété.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES
MÉDIASTINITES SYPHILITQUES
ET PARTICULIÈREMENT DES
MÉDIASTINITES
AVEC OBLITÉRATION DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE
DE LA MÉDIASTINITE SYPHILITIQUE

La compression exercée par le syphilome médiastinal peut avoir une traduction clinique extrêmement variable et nous croyons utile, avec Rendu, de distinguer les signes de compression suivant qu'ils se produisent au niveau du médiastin antérieur ou postérieur. Dans le premier cas, il s'agit surtout de *signes veineux* intéressant le territoire de la veine cave supérieure; dans le second, de *signes trachéaux et récurrentiels*; il faut ajouter, enfin, que si la compression porte sur les organes tout à fait postérieurs du médiastin, on pourra observer des *troubles œsophagiens ou sympathiques*.

Troubles dans le territoire de la veine cave supérieure

PREMIER CAS : LA COMPRESSION OU L'OBLITÉRATION PORTE SUR LE TRONC DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE

On observe alors : l'œdème en pèlerine, la stase veineuse dans le même territoire, la circulation supplémentaire unissant la veine cave supérieure à la veine cave inférieure.

Œdème en pèlerine (tippet-like de Stokes). — Son territoire est le suivant : face et cou, membres supérieurs droit et gauche, partie supérieure du thorax. Tantôt cet œdème est intense, réalise une bouffissure généralisée, tantôt il n'intéresse que les régions électives où le tissu cellulaire est particulièrement lâche : paupières, base du cou, régions sus-épitrochléennes, dos de la main.

Stase veineuse. — Elle se traduit par la turgescence des veines superficielles et par la cyanose. *A la face*, c'est surtout de la cyanose que l'on observe : aux lèvres, à l'extrémité du nez, aux pommettes, aux pavillons de l'oreille ; parfois, tout le visage prend une teinte terne et bleutée ; dans quelques cas, on voit la veine temporale superficielle se dessiner sous la peau.

Au cou, turgescence considérable des jugulaires ; la jugulaire externe forme, au-dessus du sternomastoïdien, un cordon qui peut atteindre les dimen-



FIG. 1

Circulation veineuse collatérale. — Oblitération de la veine cave supérieure (LIAN et BARON).

T. E. — Veine thoraco-épigastrique longue tégumenteuse de Braune.

E. I. — Veine épigastrique inférieure tégumenteuse de Braune.



FIG. 2

Circulation veineuse collatérale. — Gêne de la circulation de retour dans le territoire de la veine cave supérieure (LIAN et BARON).

E. I. — Veine épigastrique inférieure tégumenteuse de Braune

sions d'un porte-plume ou du petit doigt ; parfois, on voit nettement l'anastomose qui unit la jugulaire externe à la jugulaire antérieure, elle-même dilatée. Le bulbe de la jugulaire interne forme, à la base du cou, une saillie manifeste entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, ou un peu plus en dehors, dans le creux sus-clavier.

Les veines des *membres supérieurs* sont également dilatées, mais il faut noter qu'elles sont parfois noyées dans l'œdème lorsque celui-ci est intense ; il est rare, toutefois, que l'on ne puisse apercevoir le trajet des veines superficielles : céphalique, basilique, veines du pli du coude, veines du dos de la main.

La cyanose que nous avons notée au niveau de la face existe également aux doigts et à la main ; elle s'accompagne de refroidissement local.

Circulation complémentaire. — Les anastomoses entre les systèmes cave supérieur et cave inférieur sont extrêmement nombreuses (veines diaphragmatiques, veines rachidiennes, veines azygos surtout ; quelques anastomoses porto-caves sont peut-être également utilisées), *mais nous ne voulons parler ici que des anastomoses superficielles, constatées en clinique* ; elles ont été fort bien étudiées, d'une part par Comby et d'autre part par Lian et Baron, auxquels nous empruntons deux figures parues récemment dans *le Progrès médical*.

Les figures 1 et 2 indiquent une circulation collaté-

rale bilatérale ; celle-ci est très intense, présente des ramifications multiples dans la figure 1 ; elle se réduit à deux cordons veineux verticaux dans la figure 2.

DEUXIÈME CAS : LA COMPRESSION OU L'OBLITÉRATION NE PORTE PAS SUR LE TRONC MÊME DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE, MAIS SUR LE TRONC VEINEUX BRACHIO-CÉPHALIQUE OU SUR LA VEINE SOUS-CLAVIÈRE.

L'œdème et les signes de stase sont alors unilatéraux ; fait important, l'œdème est beaucoup plus marqué sur le membre supérieur que sur la moitié de la face correspondante ; cependant, la face est souvent un peu cyanosée. La circulation veineuse superficielle est nettement apparente sur le membre du côté malade ; quant à la circulation complémentaire, elle est esquissée sous la forme de quelques cordons veineux à la face antéro-latérale du thorax.

Il sera parfois difficile de déterminer avec précision le siège de la compression ou de l'oblitération ; si la face est complètement intacte, on peut se demander si la lésion siège en amont et en aval de l'abouchement des jugulaires. On n'oubliera pas, c'est le principal élément de diagnostic, que les phlébites de la veine axillaire reconnaissent, le plus souvent, une cause locale (adéno-phlegmon de l'aisselle, adénopathie cancéreuse au cours d'un épithélioma de la mamelle, etc) ; on peut ajouter que la phlébite de l'axillaire est accessible à la palpation ; mais quelle

que soit l'utilité des renseignements fournis par la palpation, il convient, avant tout, de ne pas mobiliser un caillot.

* * *

Troubles récurrentiels

Le récurrent gauche est souvent atteint au cours des médiastinites et cela est facilement explicable par le long trajet de ce nerf qui se réfléchit, comme on le sait, sur la crosse de l'aorte ; mais le récurrent droit est parfois touché, lui aussi, lorsque les brides médiastinales remontent très haut, jusque dans le creux sous-clavier ; il en était ainsi dans un cas de Dieulafoy. L'irritation du récurrent réalise un spasme du larynx et il faut individualiser cette cause au milieu des nombreux facteurs de dyspnée qui existent chez un malade atteint de médiastinite. Plus souvent, il s'agit d'hémiplégie laryngée avec voix bitonale et situation de la corde vocale malade en position cardavérique.

Troubles trachéaux

La dyspnée avec cornage et toux aboyante traduit la compression de la trachée. La dyspnée est surtout inspiratoire et, comme la dyspnée laryngée, elle s'accompagne de tirage sus-sternal et sus-claviculaire, de diminution du murmure vésiculaire à l'auscultation. Le cornage est un bruit râpeux, souvent per-

ceptible à distance et qui correspond au passage de l'air dans la portion rétrécie de la trachée. La toux aboyante (bien décrite par Garel, de Lyon) présente un timbre caverneux particulier, semble éclater dans la profondeur et indique à coup sûr un obstacle trachéal ou laryngé.

Troubles broncho-pulmonaires

La compression d'une grosse bronche réalise un souffle interscapulo-vertébral avec diminution du murmure vésiculaire dans le territoire correspondant du poumon ; parfois il existe, au niveau du hile, des signes de ramollissement ou même des signes cavitaires ; lorsque la médiastinite ne se traduit par aucun autre symptôme, on peut être porté à croire qu'il s'agit de lésions exclusivement pulmonaires.

La compression des éléments vasculaires du pédicule bronchique peut réaliser des phénomènes de stase dans le poumon correspondant : râles sous-crépittants aux bases, hydrothorax ; ce sont là des faits qui ont été rarement signalés au cours des médiastinites, mais dont il est utile de souligner l'importance ; en effet, là encore, ces signes pulmonaires peuvent prendre la première place dans l'esprit du clinicien et, en interprétant les symptômes dyspnéiques, faire méconnaître la médiastinite.

Les travaux de Meunier, ceux du professeur Hutinel et ceux, plus récents, de Vosy ont établi la nature de certains accidents pulmonaires au cours

des affections médiastines, accidents qui doivent être rapportés à la compression des plexus pulmonaires rétro-bronchiques et aux troubles circulatoires qui résultent du défaut d'innervation. Dans aucune des observations que nous avons étudiées, nous n'avons vu qu'il ait été tenu compte de ce phénomène (noté par les auteurs précédents dans les adénopathies tuberculeuses principalement), mais son importance est indiscutable, et c'est à ce titre que nous avons voulu le signaler ici.

Troubles œsophagiens

La dysphagie est très fréquemment rapportée au cours des médiastinites; ce n'est pas que l'œsophage soit toujours considérablement comprimé, mais une irritation légère suffit à provoquer un spasme et celui-ci donne à la dysphagie un caractère d'irrégularité notable. Néanmoins, il n'est pas rare qu'elle évolue par étapes analogues à celles qui sont observées dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage: elle affecte d'abord les solides, puis les pâtes et enfin les liquides eux-mêmes. Cette dysphagie est un puissant facteur de dénutrition.

Troubles sympathiques

On sait que le sympathique est parfois atteint lorsque la lésion médiastinale est très postérieure et atteint les régions pré et latéro-vertébrales. Outre les

troubles viscéraux encore mal connus, que cette lésion est susceptible d'entraîner, on constate, dans quelques cas, des modifications oculo-pupillaires et des troubles sécrétoires du visage qui permettent de localiser la lésion aux segments supérieurs du sympathique dorsal et, lorsque les troubles précédents sont unilatéraux, de diagnostiquer le côté où la compression médiastine est le plus marquée. Nous rappelons brièvement en quoi ils consistent : s'il y a excitation du sympathique, on observe de la mydriase et de l'exophtalmie avec pâleur du visage ; s'il y a destruction du sympathique, il existe, au contraire, du myosis, de l'enophtalmie, de la rougeur du visage.

Il ne faut pas oublier, non plus, que les malades, parce que syphilitiques, présentent parfois des troubles oculaires en rapport avec une altération encéphalique ou basilaire, tels l'inégalité pupillaire ou le signe d'Argyll ; il faut donc se montrer circonspect dans l'interprétation des signes que l'on constate en pareil cas.

Examen radiologique

L'histoire des médiastinites était récemment encore très imprécise parce, que le diagnostic ne pouvait guère être confirmé qu'à l'autopsie ; or, actuellement, la radiologie permet, à de très rares exceptions près, d'établir cliniquement un diagnostic de certitude.

Les espaces clairs du médiastin sont au nombre

de deux : espaces pré et rétro-cardiaques ; il importe de les examiner à l'écran avec un soin très spécial car c'est de leur état que dépend le diagnostic de médiastinite. Bien entendu, on ne peut les examiner en position antéro-postérieure, car ils sont alors complètement masqués par l'ombre cardio-aortique, d'une part, par l'ombre vertébrale, de l'autre. L'espace clair pré-cardiaque (ou rétro-sternal) doit être recherché de profil ; l'espace clair rétro-cardiaque (classiquement appelé espace clair médian, dénomination défectueuse puisqu'elle s'applique aussi bien à l'espace pré-cardiaque) doit être recherché dans la position oblique antérieure droite, le malade étant placé obliquement par rapport à l'ampoule, l'épaule droite en contact avec l'écran et en situation telle que le rayon normal passe exactement en avant de la colonne vertébrale, en arrière du cœur. On pourrait aussi bien pour cet examen placer le malade en position oblique postérieure gauche.

L'espace clair rétro-sternal est ordinairement peu considérable ; très mince en avant même des ventricules, il devient un peu plus large en avant des gros vaisseaux de la base et parfois dans la région située immédiatement au-dessus du diaphragme. Les dimensions de cet espace augmentent du simple au double ou au triple chez les emphysémateux ; en effet, chez ces malades, les languettes pulmonaires antérieures sont considérablement augmentées de volume et viennent recouvrir la face antérieure du cœur (la percussion l'avait montré depuis longtemps). Au

contraire, chez les sujets atteints de médiastinite antérieure, l'espace est sombre et on n'arrive pas à l'éclairer, même si on demande au malade de faire une inspiration forcée.

L'espace clair rétro-cardiaque est occupé par l'œsophage et son manchon cellulo-graisseux ; il est fort nettement appréciable chez un sujet normal, plus encore chez un emphysémateux. Il est parfois partiellement supprimé par une lésion circonscrite : à sa partie supérieure, dans le cas d'anévrisme de la crosse ; à sa partie moyenne, dans le cas d'adénopathie trachéo-bronchique. Au cours de la médiastinite, il est presque toujours uniformément opaque ; cette constatation, si elle implique presque toujours l'idée d'une médiastinite, ne permet pas d'éliminer l'hypothèse d'une lésion sous-jacente aortique ou ganglionnaire qui se trouve noyée à l'écran, dans l'ombre diffuse de la médiastinite. Il faudra donc toujours définir ou essayer de deviner le contour aortique, faire avaler du lait de bismuth au malade pour voir si le trajet de l'œsophage devient plus foncé lors de cette épreuve et pouvoir, par là-même, repérer la situation normale de l'espace clair rétro-cardiaque.

Il y aurait, sans doute, mieux à faire encore : c'est *examiner les contractions cardiaques* suivant la technique indiquée récemment par Vaquez et Bordet, c'est-à-dire en étudiant successivement les contractions auriculaires et ventriculaires, en définissant leur amplitude et leur rythme ; mais il n'existe pas de documents précis en ce qui concerne la médiasti-

nite syphilitique ; il y aurait grand intérêt à ce que cette étude fût pratiquée complètement, car un certain nombre de troubles circulatoires ordinairement attribués à la stase pure et simple, relèvent peut-être, en partie, de la gêne qu'éprouve le cœur à se contracter au milieu d'un médiastin profondément altéré.

FORMES CLINIQUES DE LA MÉDIASTINITE SYPHILITIQUE

La médiastinite syphilitique peut se présenter sous des aspects très divers, en rapport surtout avec la lésion causale ; nous décrirons donc :

1° La médiastinite surajoutée à un anévrisme de l'aorte ;

2° La médiastinite surajoutée à des lésions ganglionnaires et broncho-pulmonaires.

3° La médiastinite où toute la symptomatologie se borne à des signes d'oblitération de la veine cave supérieure ;

4° La médiastinite diffuse où l'on n'a pas pu préciser si un organe du médiastin était lésé en même temps ;

5° La médiastinite syphilitique et tuberculeuse.

I. MÉDIASTINITE SURAJOUTÉE A UN ANÉVRISME DE L'AORTE

A. ANÉVRISME DE LA CROSSE DE L'AORTE

Il existe deux très belles observations de médiastinite syphilitique surajoutée à un anévrisme de la

crosse de l'aorte : l'une est due à Sergent, l'autre à Babonneix et Baron.

Plus récemment, Lian et Baron ont rapporté un troisième cas de médiastinite syphilitique compliquant un anévrisme de la crosse aortique.

Nous reproduisons ici ces trois observations :

OBSERVATION I

(SERGENT, *Presse médicale*, 3 juillet 1912.)

Anévrisme aortique et médiastinite syphilitique surajoutée

Quand j'ai pris le service (1), il y a un an, j'y ai trouvé une femme qui présentait un ensemble de symptômes que vous pourrez encore constater aujourd'hui, mais qui étaient beaucoup plus accentués à cette époque. Cette femme, âgée de quarante huit ans, n'accusait aucun antécédent morbide, aucune tare spéciale. Elle avait été victime d'une tentative criminelle quelques années auparavant : elle avait reçu deux balles dans le dos, et l'une n'avait pu être extraite. On en voit la cicatrice au-dessus de l'épine de l'omoplate à droite. Je souligne, en passant, ce détail. Un an avant d'entrer à l'hôpital, quatre ans après l'accident, un matin, elle avait perçu une sorte de sifflement respiratoire, en même temps qu'elle avait éprouvé une grande oppression ; dès le lendemain sa voix s'était éteinte, enrouée ; elle consulta un spécialiste, qui diagnostiqua une paralysie récurrentielle gauche.

1. A l'hôpital de la Charité.

Puis à la suite de cet incident, qui marqua le début de sa maladie, apparurent peu à peu une grande fatigue et des accès de toux répétés; ce fut tout pendant un an.

Quand elle fut admise dans le service, on constata en outre de cette voix bitonale et rauque, une certaine tendance à la dyspnée et un état de lassitude profonde. Son facies avait une expression anxieuse, ses yeux étaient un peu saillants, ses lèvres et ses pommettes légèrement cyanosées. On ne remarquait aucune déformation appréciable du thorax, aucun centre anormal de battements thoraciques; mais on distinguait sous la clavicule gauche une circulation veineuse collatérale assez développée. Il y avait synchronisme des deux pouls radiaux, mais le pouls radial gauche était plus petit que le droit et à peine perceptible.

L'examen du cœur ne montrait rien de particulier. On ne découvrait aucun foyer de bruits anormaux. Mais l'examen des poumons révélait l'existence d'un syndrome physique dont je tiens à vous indiquer l'importance: la percussion ne dénotait rien de très remarquable, en ce sens que la sonorité du poumon paraissait normale; quoique un peu diminuée du côté gauche; de même, les vibrations vocales; mais à l'auscultation de l'hémithorax gauche, c'était à peine si on entendait le murmure respiratoire: lorsqu'on s'approchait de l'espace interscapulo-vertébral, on constatait, à l'expiration surtout, l'existence d'un souffle bronchique très caractéristique.

En outre, il était aisé de mettre en évidence le signe d'Argyll Robertson, accompagné d'inégalité pupillaire; les réflexes rotuliens et achilléens étaient normaux.

Il n'y avait aucun autre symptôme de lésion viscérale et pas de fièvre.

En présence de ces symptômes, le diagnostic d'anévrisme de l'aorte, comprimant le nerf récurrent et la bronche gauche et siégeant par conséquent dans la concavité de la crosse, paraissait plus que probable et ce fut à ce diagnostic que je m'arrêtai.

Or, les élèves me firent remarquer que ce diagnostic avait été posé également par le collègue qui m'avait précédé, mais qu'il avait été reconnu inexact par l'examen radioscopique, lequel avait démontré que tout le médiastin était opaque et qu'il n'existait aucun foyer d'expansion anormale. Aussi bien avait-on admis l'hypothèse d'une tumeur du médiastin ou d'une médiastinite chronique consécutive peut-être à l'inflammation du tissu cellulo-fibreux, provoquée par la présence de la balle restée dans le thorax.

Je répondis que cette objection n'était pas suffisante, vu que la poche anévrismale pouvait être entourée d'un épais manchon fibreux qui en masquait les pulsations, et qu'en tous cas, étant donné qu'il n'y avait aucun doute sur le passé syphilitique de la malade, vu le signe d'Argyll Robertson, il y avait nécessité d'appliquer un traitement spécifique, à la fois hydrargyrique et ioduré.

Au surplus, je fis pratiquer la réaction de Wassermann, qui fut nettement positive.

Or, peu à peu, se produisit une atténuation manifeste des symptômes qu'avait présentés cette malade, en même temps qu'une amélioration notable de son état général. Et lorsque, quelques semaines après, nous fîmes un nouvel examen radioscopique, nous pûmes constater la présence d'un foyer de mouvements expansifs, très visibles, incontestables, dans la concavité de la crosse aortique, alors que tout autour le médiastin apparaissait clair.

Cette femme avait donc bien été atteinte de médiastinite, mais ceci ne l'empêchait pas de porter en même temps un anévrisme de l'aorte. Si elle a été améliorée, elle n'est pas guérie complètement ; elle conserve encore aujourd'hui sa paralysie récurrentielle et sa voix bitonale rauque ; elle conserve également ses signes de compression de la bronche gauche et la petitesse de son pouls radial gauche ; mais son oppression est moindre et son faciès n'exprime plus la même anxiété. Comment interpréter cette évolution, sinon en reconnaissant, ainsi que l'établissent les examens radioscopiques successifs, que l'anévrisme de l'aorte persiste, tandis qu'a disparu l'inflammation du tissu médiastinal qui l'entourait ?

OBSERVATION II

(BABONNEIX et BARON, *Gazette des hôpitaux*, 30 janvier 1912.)

Compression du tronc veineux brachio-céphalique droit chez une malade atteinte d'anévrisme de la crosse de l'aorte. — Disparition de l'œdème et de la cyanose par le traitement mercuriel.

M^{me} H. M..., âgée de quarante et un ans, cuisinière dans un restaurant, entre le 12 septembre dernier dans le service du D^r Claisse à la Nouvelle-Pitié, pour une dyspnée vive avec toux spasmodique et pour un gonflement œdémateux du sein et du membre supérieur droits.

Le début de ces accidents remonte à un mois environ. La malade se plaint d'avoir été, dès ce moment, facilement essoufflée ; elle avait une toux quinteuse, coqueluchoïde qui augmen-

taît sa dyspnée. Elle nous dit encore que, lorsqu'elle était obligée de se baisser pour ramasser un objet, elle avait du vertige et manquait de tomber.

Presque aussitôt après le début de ces troubles, elle remarque, à droite du sternum, à la hauteur des deux premiers espaces intercostaux, l'apparition d'une petite tumeur. Bientôt le sein droit enfle ; puis le gonflement gagne le bras droit et s'étend à la main. Il s'accompagne d'une sensation de lassitude, de lourdeur du membre. Le cou lui-même augmente de volume. Malgré tout, la malade continue son travail tout en se faisant soigner à la consultation de la Pitié.

Il y a huit jours, en lavant le parquet, elle eut un accès de suffocation particulièrement grave et dut se mettre au repos absolu chez elle ; et, comme elle ne voyait aucune amélioration à son état, elle se décida à entrer à l'hôpital.

On ne note rien dans les antécédents de la malade. Elle nie la syphilis ; on n'en trouve aucun stigmate ; seule, une fausse couche peut paraître suspecte. Il y a de l'éthylisme évident, mais, jusqu'à il y a un mois, aucune affection n'avait arrêté cette femme.

À l'entrée à l'hôpital, la malade est très oppressée, la dyspnée augmente au moindre effort. Elle s'accompagne de toux quinteuse, fréquente, qui est particulièrement marquée quand la malade s'allonge dans son lit, et la force à rester constamment assise. Depuis quelques jours même, cette dyspnée est entrecoupée de crises de suffocation très vives. Il n'y a pas de modification de la voix, pas de troubles de la déglutition ; aucune douleur ni angineuse, ni névralgique, mais de l'insomnie avec un peu d'agitation et des cauchemars.

À l'examen, on est frappé par l'œdème de la partie supé-

rière droite du corps et la cyanose. L'œdème a envahi le sein droit, le membre supérieur droit qui est assez tuméfié pour qu'on ne puisse plus sentir battre la radiale dans la gouttière du pouls, la moitié droite du thorax ; le sein droit est énorme. Là, il est nettement limité en bas par le rebord des fausses côtes, en dedans par le sternum, en dehors par la ligne axillaire moyenne.

Le dos est intact.

Le cou est le siège d'un gonflement diffus ; la face est légèrement bouffie, mais, ce qui domine, c'est la cyanose : les lèvres, le nez, les pommettes sont d'un rouge violacé qui contraste avec la teinte blanchâtre du menton et du front où l'on note des cicatrices de brûlure étendue. Cette cyanose est d'abord très marquée sur tout le membre supérieur et l'hémithorax droit où l'on peut voir, notamment au-dessous du sein, une véritable tache ecchymotique qui franchit la ligne médiane et s'étend un peu sous le sein gauche. Un réseau veineux sous-cutané assez discret s'est développé sur tout le côté droit de la poitrine et sur l'épaule.

Les veines sont surtout grosses vers la partie inférieure du thorax.

Au cou, les jugulaires sont gonflées, mais souples, et on n'y sent pas, non plus que sur la veine axillaire, de traces de phlébite.

Sous la clavicule droite, à la hauteur de la partie interne des deux premiers espaces intercostaux, on remarque, malgré l'œdème, une petite voussure de la dimension d'une pièce de 5 francs. A son niveau, pas de thrill, ni d'expansion nette, mais la main perçoit un battement systolique.

L'auscultation décèle un double claquement : l'un systolique,

l'autre diastolique. Le cœur est gros ; sa pointe bat dans le sixième espace intercostal ; ses bruits sont normaux ; il n'y a pas de souffles, notamment à l'orifice aortique. Le pouls est perceptible seulement à gauche ; l'œdème du bras suffit à expliquer sa disparition à droite ; il est un peu rapide, faible, mais égal et régulier.

L'examen des poumons décèle une diminution notable de la respiration à droite avec conservation de la sonorité et des vibrations.

Il n'y a pas de troubles digestifs, mais à l'examen, on note l'augmentation légère du volume du foie qui déborde d'un bon travers de doigt les fausses côtes. Le système nerveux est normal ; les réflexes patellaires existent ; il n'y a pas de troubles de la sensibilité, sauf au niveau du membre œdématié, un peu de diminution de la sensibilité s'associant à une légère baisse de la température locale. Il n'y a pas d'inégalité pupillaire ni de signe d'Argyll.

Nous avons recherché en vain le signe d'Olivier-Cardarelli.

L'état général est assez bon ; il n'y a pas de fièvre ; toutefois depuis le début, l'appétit est diminué et la malade a maigri.

En somme, nous pensons à ce moment qu'il s'agit d'une compression du tronc nerveux brachio-céphalique droit par un anévrisme de la crosse aortique, développé à la hauteur du premier coude de l'aorte. L'état de la malade empêche de faire pratiquer un examen radioscopique, mais les symptômes d'ectasie sont assez nets pour permettre de se passer de ce mode d'exploration, si utile dans certains cas.

L'anévrisme semble avoir une marche relativement aiguë, puisque les troubles qu'il a entraînés remontent à un mois à peine et sont déjà considérables. Aussi décidons-nous de faire

le traitement mercuriel : 2 centimètres cubes de biiodure en injections intra-musculaires tous les jours.

Quatre jours après, on constate une amélioration très nette.

La dyspnée est moins vive. Il n'y a plus d'accès de suffocation, la toux quinteuse a presque disparu et ne se manifeste plus guère que lorsque la malade se couche sur le dos. L'œdème a diminué, sur le thorax et surtout au bras, où maintenant on perçoit le pouls.

Les pulsations y sont plus faibles qu'à gauche et semblent retardées.

23 septembre. — Douze jours après le début du traitement, l'œdème s'est encore amélioré. Le bras a presque complètement repris son aspect normal, le cou est dégoufflé ; la région carotidienne est plus souple, les jugulaires moins tendues.

Au thorax, on voit maintenant d'une façon nette la voussure que forme l'anévrisme ; on perçoit à son niveau un thrill. Les symptômes fonctionnels se sont surtout très amendés. La dyspnée a presque disparu, la toux a cessé ; la malade peut s'étendre sans être prise de suffocation comme au début. Elle peut aller à la Salpêtrière se faire examiner aux rayons X. La radioscopie montre une ombre étendue sur toute la partie supérieure du médiastin, mais ne permet pas de distinguer nettement le sac anévrisimal, ni d'en percevoir les battements.

La radiographie ne montre également, outre l'augmentation du volume du cœur, qu'une grosse masse d'ombre sur tout le médiastin supérieur.

Cinq jours après, la malade, se trouvant très améliorée, veut sortir malgré notre avis. A ce moment, elle n'a plus de dyspnée, sauf lorsqu'elle fait un effort. Elle se lève et peut rester debout longtemps sans grande fatigue. Elle ne tousse presque plus et

dort bien. L'œdème a complètement disparu. Le pouls radial droit apparaît aussi bien frappé qu'à gauche, mais un peu retardé. Le cou est dégonflé, la face n'est plus bouffie et bien moins cyanosée.

Le thorax est redevenu normal, et cette disparition de l'œdème s'est faite sans grande augmentation du réseau veineux sous-cutané, qui est à peine plus marqué qu'au moment où la malade est rentrée à l'hôpital. Il y a encore des varicosités nombreuses à la partie inférieure du thorax à droite, et la teinte ecchymotique sous le sein n'a pas complètement disparu. La voussure thoracique anévrismale est toujours bien visible et ne semble pas changer de volume.

Depuis, nous avons eu l'occasion de voir la malade deux fois en l'espace de trois semaines. Elle avait pu recommencer à travailler un peu, mais les efforts lui occasionnaient toujours une dyspnée vive. Toutefois, il n'y avait plus trace d'œdème du côté droit. La circulation collatérale était la même que lors de son départ. Par contre, l'état général de la malade est moins bon. Elle maigrit et semble se cachectiser rapidement. Nous ne pouvons la décider à rentrer à l'hôpital, et, depuis, nous n'en avons plus entendu parler.

OBSERVATION III

(LIAN et BARON, *Progrès médical*, 9 et 16 nov, 1912, 3^e cas.)

Anévrisme de la crosse aortique. — Médiastinite avec oblitération du tronc veineux brachio-céphalique gauche. — Traitement mercuriel. — Régression.

M^{me} X..., âgée de quarante-neuf ans, entre dans le service de notre maître, M. Cettinger, à l'hôpital Cochin. Depuis quelques

jours, elle a remarqué que d'abord son bras gauche, puis la moitié gauche du cou, de la face et du thorax ont enflé rapidement. En outre, elle éprouve une légère dyspnée, elle se plaint de vertiges se produisant surtout lorsqu'elle se baisse. Son caractère s'est modifié; elle est devenue très irritable.

L'examen fait constater l'existence d'un anévrisme aortique; on remarque un deuxième centre de battements à l'extrémité interne des deux premiers espaces intercostaux droits, mais sans thrill, ni souffle. La radioscopie montre une ectasie de la portion initiale de la face antéro-latérale gauche de la crosse aortique. Les battements sont peu nets. La poche anévrismale est entourée d'une zone moins opaque et à limites imprécises. Il n'y a pas d'autres symptômes médiastinaux que ceux traduisant l'oblitération du tronc veineux brachio-céphalique gauche: œdème du membre supérieur gauche et de la moitié gauche de la face, du cou, du thorax, et circulation veineuse collatérale à la face antérieure du thorax.

La malade ne présente aucun stigmate de syphilis. Elle a deux enfants bien portants. Néanmoins, on pense à l'origine syphilitique probable.

Traitement. — Douze injections quotidiennes de 2 centigrammes de biodure de Hg; arrêt de quinze jours avec 1 gr 50 de KI par jour; puis six injections hebdomadaires d'huile grise (8 cgr. de Hg par piqûre) et de nouveau KI. Dès le début du traitement, diminution marquée de l'œdème, disparition des troubles fonctionnels. La malade, revue un mois après sa sortie de l'hôpital, présente encore un peu de bouffissure des régions primitivement œdématiées; la circulation collatérale, encore bien nette, semble être cependant moins marquée. L'examen radioscopique n'a pu encore être répété.

Dans les 3 cas rapportés ci-dessus, le diagnostic d'anévrisme de l'aorte a été posé; dans le cas de Sergent, la compression du récurrent gauche décelée par la voix bitonale et l'examen laryngoscopique, la compression de la bronche gauche traduite par la diminution du murmure vésiculaire à gauche avec conservation approximative de la sonorité à ce niveau, la diminution du pouls radial gauche comparativement au pouls radial droit, suffisaient pour établir le diagnostic chez une malade notoirement syphilitique; dans les cas de Babonneix et Baron, Lian et Baron, l'anévrisme faisait saillie à droite du sternum et il était impossible de le méconnaître. Quels sont donc les symptômes qui ont permis de diagnostiquer la médiastinite surajoutée? l'ombre diffuse à l'examen radioscopique dans le cas de Sergent, la compression du tronc veineux brachio-céphalique droit dans le cas de Babonneix et Baron.

* * *

On sait que l'image radiologique d'un anévrisme de l'aorte est généralement assez nette : ombre circonscrite, arrondie ou ovalaire, animée de pulsations systoliques et siégeant sur le trajet de l'aorte. Un tel aspect permet d'affirmer l'existence de l'ectasie et éclaire, dans beaucoup de cas, un diagnostic clinique hésitant; or, chez la malade de Sergent, la radioscopie a montré que la lésion était plus complexe que ne le supposait la clinique; lors du premier

examen, il n'y avait pas de tumeur pulsatile, mais une ombre diffuse, tellement diffuse et généralisée au médiastin qu'on était forcé d'admettre l'inflammation chronique du tissu cellulaire ; or, avec un très profond sens clinique, Sergent n'abandonna pas, malgré tout, le diagnostic d'anévrisme, car le syndrome broncho-récurrentiel indiquait une lésion en foyer située dans l'angle trachéo-bronchique gauche, donc sur le trajet de l'aorte, ne pouvant correspondre qu'à une ectasie de cette dernière. Et, en effet, lorsque le traitement mercuriel eut fait « fondre » la médiastinite, un second examen radioscopique montre la présence d'un foyer de mouvements expansifs, très visibles, incontestables, dans la concavité de la crosse aortique, alors que tout autour le médiastin apparaissait clair.

Dans un récent travail sur l'examen radioscopique des anévrismes de la crosse aortique, Barjon (de Lyon) fait remarquer qu'un certain nombre d'anévrismes ne se montrent animés ni de mouvements expansifs, ni de mouvements pulsatiles ; or, cette particularité (évidemment défavorable au diagnostic) peut s'observer dans deux conditions différentes : ou bien parce que l'anévrisme est entouré d'une coque de médiastinite ou bien parce qu'il est doublé d'épaisses stratifications fibrineuses à l'intérieur de la poche. Si, malgré tout, la forme et le siège de l'ombre, les signes cliniques concomitants permettent le diagnostic ferme d'anévrisme, l'absence de battements à la radioscopie constitue peut-être une pré-

cieuse indication, en montrant que l'anévrisme est peu fragile, nullement en imminence de rupture, peut-être complètement curable par le traitement mercuriel.

* * *

Dans l'observation de Babonneix et Baron, la médiastinite a pu être admise grâce à la compression du tronc veineux brachio-céphalique droit. Cette compression unilatérale a réalisé le syndrome que nous avons décrit page 15 ; remarquons que les phénomènes de stase étaient beaucoup plus accentués au membre supérieur qu'à la face, fait sur lequel nous avons déjà insisté. Quant à la radioscopie, elle n'a pu être pratiquée, étant donné l'état de faiblesse de la malade et la distance considérable qui sépare, à l'hôpital de la Nouvelle Pitié, les services de médecine générale du laboratoire de radiologie. Une radioscopie pratiquée après amélioration des symptômes a permis de constater une ombre diffuse du médiastin antérieur, au milieu de laquelle on n'a pu établir l'existence d'un foyer expansif.

L'observation de Babonneix et Baron pose un problème diagnostique intéressant ; on sait que, parfois, un anévrisme de l'aorte peut se rompre dans la veine cave supérieure ou dans un de ses affluents, réalisant un anévrisme artério-veineux ; cette complication est fort grave, entraîne le plus souvent la mort à bref délai, mais permet quelquefois une survie d'une semaine ou deux ; en pareil cas, on

observe également des phénomènes de stase et d'œdème comparables à ceux qui résultent de la compression de la veine. Mais il y a un thrill intense au niveau de l'ectasie, du pouls systolique des jugulaires et une évolution grave qui n'existent pas lors d'une simple compression. Dans le cas de Babonneix et Baron, on peut affirmer que la veine fut seulement comprimée, car le traitement mercuriel eut une efficacité qui n'existerait assurément pas au cas de communication artério-veineuse.

Dans le cas de Lian et Baron, la compression siégeait du côté gauche et non plus du côté droit comme dans le cas précédent ; de plus, fait rare et qui mérite d'être relevé dans une compression unilatérale, l'œdème était relativement accentuée du côté correspondant de la face et du cou.

B. — ANÉVRISME DE L'AORTE DESCENDANTE

Nous ne connaissons aucun fait de médiastinite accompagnant un anévrisme syphilitique de l'aorte descendante, mais il est bon que l'attention soit attirée sur la possibilité d'une coexistence ; l'anévrisme thoracique est si souvent méconnu que la constatation d'une médiastinite chez un syphilitique devra toujours poser la question d'une ectasie et inviter à en rechercher les signes avec précision.

II. — MÉDIASTINITE SURAJOUTÉE A DES LÉSIONS GANGLIONNAIRES OU BRONCHO-PULMONAIRES

Nous en connaissons trois observations :

- 1° Une de Sergent, d'ailleurs très résumée ;
- 2° Une de Thiroloix et Miginiac que nous reproduisons *in-extenso* ci-dessous ;
- 3° Une de Gault et Lucien (de Dijon). Nous nous permettons d'insister un peu spécialement sur cette dernière ; elle a complètement échappé aux auteurs qui ont écrit récemment des articles d'ensemble sur les médiastinites chroniques et nous en avons trouvé l'indication seulement dans une analyse de Paillard (*La Clinique*, 22 mars 1912). Or, cette remarquable observation mérite d'être citée en bonne place.

OBSERVATION IV

(SERGENT, *Presse médicale*, *loc. cit.*)

Syphilome bronchique et médiastinal

La médiastinite peut se montrer également associée au syphilome de la trachée et des bronches, ainsi que j'en ai observé un exemple chez un homme qui entra dans le service de mon regretté maître Gingeot, alors que j'étais son interne, et qui présentait, en même temps qu'une dyspnée profonde avec tirage sus et sous-sternal, en même temps que la cyanose

avec dilatation des veines du cou et de la face, de violents accès de suffocation que nous attribuâmes à un syphilome sténosant de la trachée, en raison des stigmates dont il était porteur. Nous fîmes d'urgence la trachéotomie, et nous ne fûmes guère étonnés de constater que cette opération resta sans effet ; cet homme mourut dans les quelques heures qui suivirent et, à l'autopsie, nous trouvâmes, en outre d'un syphilometrachéal ancien, un syphilome diffus médiastinal extrêmement volumineux qui portait ses effets compressifs sur tous les organes du médiastin.

OBSERVATION V

(THIROLOIX ET MIGINIAC, Société médicale des hôpitaux,
10 juin 1910.)

*Syphilis pulmonaire et ganglionnaire. — Médiatinite
surajoutée*

Le 25 avril 1910, le D^r B... adresse dans le service, Adeline P..., cuisinière, âgée de cinquante ans (Salle Trousseau, n° 43, à la Pitié).

Depuis six mois, la malade respire difficilement, et la dyspnée est devenue telle aujourd'hui que la moindre tentative de marche provoque une crise de suffocation.

La malade répond avec de grandes réticences aux questions qui lui sont posées.

Elle déclare être célibataire et n'avoir jamais eu d'enfants, ni de grossesse. Elle a toujours eu une très bonne santé

jusqu'au début de sa maladie actuelle, qu'elle fait remonter à six mois, avec précision.

Aux questions posées pour rechercher l'existence d'une tuberculose, d'une syphilis, la malade oppose des dénégations absolues.

Son père est mort à l'âge de soixante-quinze ans, sa mère à l'âge de quatre-vingt-dix ans. La malade a sept frères et sœurs dont trois sont morts (?)

Nos constatations ont été les suivantes :

A. P..., est une femme de grande taille, bien constituée, bien développée, un peu obèse. Elle a, dit-elle, un peu maigri depuis quelques mois.

Sur les muqueuses, sur la peau, il n'existe nulle part, ni ulcération, ni éruption, ni cicatrice, ni pigmentation, pas de lésion soit ancienne, soit récente.

Aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise.

Tous les troubles dont elle se plaint se résument dans le syndrome *dyspnée*.

La malade ne peut marcher, ni quitter son lit, ni s'étendre dans le décubitus dorsal.

Elle est en état d'orthopnée permanente, et nuit et jour reste assise sur son lit.

Spontanément apparaissent des accès de dyspnée paroxystique avec angoisse, la nuit surtout. Ces accès de suffocation sont de courte durée et ne s'accompagnent pas de douleurs rétro-sternales ni d'irritations douloureuses dans le bras gauche, donc pas d'angine de poitrine.

En plus de cette dyspnée permanente et paroxystique nocturne, la malade présente une toux banale et fréquente, ni quinteuse, ni rauque, ni coqueluchoïde. Mais cette toux est

accompagnée et suivie d'un râclement trachéal léger et peu prononcé : ce cornage s'associe à une ébauche de tirage sus et sous-sternal. L'expectoration qui accompagne la toux est peu abondante (pas de vomique) et banale (pas d'hémoptysie), sans odeur fétide (pas de gangrène) et n'est pas puriforme (pas de caverne tuberculeuse).

L'examen microscopique n'y montre aucun élément anormal.

L'examen physique donne les résultats suivants :

Les lèvres et les pommettes sont violacées ; les veines jugulaires sont gonflées et nettement visibles. Mais il n'y a ni œdème du cou et du thorax, ni dilatation des veines thoraciques sous-cutanées.

Les réflexes olécraniens, patellaires, achilléens sont normaux ; les pupilles sont normales et réagissent normalement à la lumière.

La voix est normale, ni sourde, ni bitonale, ni rauque ; la parole n'est pas entrecoupée.

La palpation du thorax montre l'existence dans la région dorsale, à la hauteur des troisième et quatrième vertèbres dorsales, entre les omoplates, d'une masse mate et très vibrante.

A l'auscultation, on trouve, en cette zone et aussi aux bases, des râles sibilants et humides de catarrhe bronchique : ces signes s'accusent à la partie moyenne et postérieure du poumon droit.

En avant, les deux poumons semblent normaux.

Les bruits du cœur sont également normaux : ni arythmie, ni souffles, ni frottements, ni frémisssements, ni dédoublements, ni galop.

Le pouls est entre 75 et 80, la radiale n'est pas indurée.

L'orifice aortique et l'aorte semblent sains, ni anévrisme, ni dilatation.

La pointe du cœur n'est pas déplacée.

La matité cardiaque n'est pas augmentée.

Les deux pouls radiaux sont égaux et synchrones. Nulle part on ne trouve d'adénopathie (cou, aisselle, aine).

Les dimensions du foie sont normales, on ne trouve pas de rate à la percussion. Le tube digestif, les reins semblent sains. Les urines sont normales : ni pigments biliaires, ni sucre, ni albumine.

La température est à 37°5, mais la fièvre apparaîtra bientôt, oscillant de 38 à 39 degrés. Ajoutons que les membres inférieurs ne présentent ni œdème, ni exostoses, ni cicatrices.

En résumé : dyspnée continue et paroxystique, zone mate et vibrante entre les omoplates, nous font songer à l'existence d'une affection médiastinale antérieure, médiane et péri-hilaire.

En effet, tous les signes de la localisation médiastinale postérieure manquaient ; la malade ne présentait, à son entrée, ni troubles de la voix, ni dysphagie, ni circulation collatérale supérieure, ni toux coqueluchoïde. On pouvait donc affirmer que la tumeur ne comprimait ni le récurrent, ni l'œsophage, ni l'azygos, ni le sympathique, ni les pneumogastriques. Donc aucun signe du syndrome médiastinal. La dyspnée et ses paroxysmes, le tirage, le cornage, indiquaient qu'un seul organe était intéressé : le conduit trachéo-bronchique. En raison des signes physiques, nous pensâmes que les lésions étaient péri-bronchiques, extrinsèques et nous fîmes le diagnostic d'adénopathies péri-trachéo-bronchiques, probablement tuberculeuses. En effet, nous ignorions les antécédents de syphilis, la malade

niait, et ne présentait aucun signe qui nous permit de penser à la spécificité.

De plus, nous pouvions éliminer la tumeur maligne, (pas de douleurs), l'anévrisme de l'aorte, la pleurésie médiastine, le cancer du poumon; notre diagnostic semblait logique et vraisemblable.

Le 1^{er} mai, fut découvert un petit épanchement liquide à la base droite, et la fièvre, depuis deux ou trois jours, oscillait entre 38 et 39 degrés.

Cet épanchement fut cliniquement évalué à 800-900 grammes au plus; malgré sa faible abondance, il fut ponctionné dans l'espoir d'atténuer la dyspnée; nous retirâmes de la plèvre 500 grammes de liquide limpide, clair, jaune citrin, sans fibrine (Réaction de Rivolta négative).

Il y avait, dans le culot, quelques placards endothéliaux: il s'agissait donc d'un hydrothorax.

L'état dyspnéique de la malade resta stationnaire, le pouls s'affaiblit un peu cependant, et le 8 mai, on remarqua qu'il y avait un peu de liquide dans la plèvre gauche, atteignant l'angle inférieur de l'omoplate. Les jours suivants, une légère ascite devient appréciable, sans œdème des membres inférieurs.

Le pouls reste régulier, mais s'affaiblit encore, puis, les bruits du cœur assourdissent: il y a vraisemblablement un peu de liquide dans le péricarde.

La dyspnée devient plus violente, les crises de suffocation deviennent plus fréquentes, la température baisse, la face est violacée, la malade est étendue inerte sur le dos, et le 12 mai, pendant la visite, la malade meurt dans le coma.

Le traitement fut purement symptomatique: inhalations

d'oxygène, ventouses sèches et scarifiées, sinapismes, injections d'éther et d'huile camphrée, morphine.

Autopsie (trente-six heures après la mort). — L'autopsie nous révéla des lésions syphilitiques complexes et fort remarquables que nous avions méconnues, la malade nous ayant dérouté par ses négations répétées. L'enquête que nous fîmes *post-mortem* auprès de la famille nous donna également des renseignements intéressants.

Les plèvres, le péricarde, le péritoine renfermaient du liquide citrin et limpide en quantité considérable, beaucoup plus qu'on ne pouvait le croire d'après les résultats de l'examen clinique.

Les poumons, la trachée, les bronches, le cœur faisaient bloc inséparable ; tous ces organes étaient intimement unis par un processus de médiastinite calleuse atteignant le volume du poing.

Les voies aériennes sont congestionnées, rétrécies, et les bronches intra-pulmonaires présentent des renflements, des dilatations ampullaires. Tout autour des voies aériennes, on voit une couche de tissu lardacé. Il s'agit de dilatation bronchique spécifique. En effet, les coupes faites dans le bloc médiastinal et dans le hile montrent : des ganglions noirs anthracosiques et des gommés syphilitiques dures, fermes, élastiques, grisâtres et jaunâtres, ayant des volumes divers, (pois, lentille, amande). Au hile droit ; une gomme est plus volumineuse encore. Dans chaque poumon, près du hile, on trouve quatre ou cinq gommés ayant le même aspect que celles du médiastin, encerclées dans des gangues fibreuses. Ces lésions sont nettement limitées aux régions para-hilaires des deux poumons.

Nulle part dans les poumons, on ne trouve trace de maladies

infectieuses; il n'y a aucune lésion tuberculeuse aux sommets, pas de congestion, ni d'hépatisation aux bases, il n'y a pas d'emphysème. La masse scléro-gommeuse du médiastin s'étale sous la crosse de l'aorte et irradie vers les oreillettes qui tiennent à cette masse.

A coups de ciseaux, on sculpte les oreillettes, et sur la tranche on voit de grosses gommès (volume d'une amande). Les parois ventriculaires sont souples, rouges, charnues; au toucher, les parois auriculaires sont rigides comme du carton, leur couleur est grisâtre, mastic; leur surface est bosselée, renflée par place, par des saillies qui, à la coupe, sont des gommès grosses comme des noix; les parois des deux oreillettes sont bourrées de ces gommès. Les parois des ventricules sont intactes. Le septum interventriculaire est sain, le septum inter-auriculaire est rigide et gommeux. Les cavités ventriculaires et les valvules auriculo-ventriculaires sont indemnes. Les cavités auriculaires sont réduites et diminuées de moitié.

En revanche, le péricarde est intact, ainsi que l'endocarde qui ne présente, à l'œil nu, aucune lésion même dans les oreillettes. Les gommès, qui ont subi un développement monstrueux, sont cantonnées exclusivement dans le myocarde, au niveau des oreillettes seulement. La cavité de chaque oreillette pourrait à peine loger une noix. Les gommès sont plus nombreuses et plus grosses dans l'oreillette gauche que dans l'oreillette droite.

L'aorte présente une volumineuse gomme dans sa tunique externe; à son origine, sur sa face endothéliale, on voit quelques stries jaunâtres sans pavés d'athérome. L'artère pulmonaire est intacte ainsi que les valvules sigmoïdes des deux vaisseaux.

Le foie est profondément altéré, il est ficelé, échancré par des scissures dont l'une atteint un centimètre de profondeur sur son bord tranchant. Son lobe droit est augmenté de volume, son lobe gauche atrophie, son poids total est normal.

A la coupe on voit plusieurs gommes syphilitiques caractéristiques abondantes surtout sous l'insertion hépatique du ligament suspenseur du foie. (douze gommes de volume variable.)

Les voies biliaires, la rate sont indemnes de toute lésion.

L'estomac présente la conformation décrite sous le nom d'estomac biloculaire; le pylore est souple, la muqueuse offre des sillons et des replis très accusés, il n'y a pas de lésion macroscopique.

Les ganglions mésentériques sont tuméfiés, quelques-uns sont gommeux.

Les reins sont scléreux, non kystiques.

Examen histologique. — L'examen histologique m'a montré les désordres cellulaires classiques, spécifiques : nodules gommeux entre les fibres musculaires cardiaques, gaines avec leur coque conjonctive, etc.

OBSERVATION VI

(GAULT et LUCIEN, Congrès pour l'avancement des sciences, août 1911 et *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, oct. 1911, p. 995.)

Sur un cas de médiastinite syphilitique

M. D. E..., jardinier, quarante ans, nous est adressé le 18 janvier 1910, par notre excellent confrère, le Dr Lucien, qui

nous prie d'examiner son larynx, ce malade présentant un enrrouement remontant à trois semaines avec amaigrissement et faiblesse générale. A l'examen laryngoscopique nous observons simplement un peu de parésie de la corde vocale gauche. Rien d'anormal sur le trajet des récurrents. Aucun signe du côté de l'aorte.

A l'auscultation, un foyer de râles sous-crépitaux dans la fosse sous-épineuse et l'espace interscapulo-vertébral gauche. Le Dr Lucien, qui revoit le malade à quelques jours d'intervalle, et nous-mêmes, ne retrouvons plus le foyer de râles observé en arrière du poumon gauche. Ce malade est pourvu d'un traitement reconstituant et renvoyé à quelques jours.

Il nous revient seulement, le 16 mai 1910, présentant les signes suivants : au larynx, paralysie complète de la corde vocale gauche. D'autre part, œdème très considérable de la paroi thoracique, à gauche seulement, et de tout le membre supérieur gauche, qui, presque doublé de volume, est difficile à manier en raison de ce gonflement. En outre, circulation veineuse sous-cutanée très développée sur la paroi thoracique à gauche et sur le membre supérieur gauche. Pas d'œdème, ni de circulation veineuse complémentaire du cou et de la face. Les deux pouls radiaux sont égaux. Ganglions à la partie inférieure du triangle sus-claviculaire gauche, hypertrophiés et se présentant sous la forme d'une masse volumineuse, dure, du volume d'une noix.

En engageant le doigt aussi loin que possible derrière la fourchette sternale, on ne constate aucune masse appréciable au toucher. La radiographie n'a pas été faite.

Ces signes s'étaient développés peu à peu depuis quatre mois et allaient augmentant, surtout l'œdème. Rien à l'auscul-

tation, sauf, peut-être une légère diminution du murmure vésiculaire à gauche.

Ces phénomènes de compression indiquaient évidemment une tumeur du médiastin. A part la paralysie de la corde vocale, symptôme initial, aucun signe d'anévrisme de l'aorte que nous éliminons. Vu le développement rapide, l'adénite sus-claviculaire, nous diagnostiquons un néoplasme malin du médiastin plutôt qu'une adénite tuberculeuse. Cependant, en raison d'antécédents spécifiques avoués et remontant à l'époque du service militaire, nous établissons un traitement ioduré à 4 grammes par jour et hydrargyrique par injections quotidiennes de biiodure de Hg.

Déjà, après quelques jours, le malade se sent soulagé.

L'œdème, au lieu de croître, va diminuant et, en quinze à vingt jours, le volume du bras et la paroi thoracique sont presque revenus à la normale, sauf un peu d'épaississement des téguments. L'état général, le facies sont bien meilleurs. Seule la paralysie de la corde vocale gauche reste stationnaire. Les ganglions sus-claviculaires, sans avoir disparu, sont très atténués. Il s'agissait donc, le traitement en était la meilleure preuve, d'une production médiastinale syphilitique déterminant des phénomènes de compression. Quelle était la nature de la lésion, médiastinite calleuse, gomme ganglionnaire ? etc. Ne pouvant à cet égard que faire des hypothèses, nous laisserons cette question de côté, nous bornant simplement à tâcher d'établir topographiquement le siège de cette lésion.

A part la paralysie récurrentielle gauche, la symptomatologie consistait surtout en troubles par compression veineuse à siège médiastinal. Vu l'intégrité du côté droit, la veine-cave était hors de cause, et, seuls, le tronc veineux brachio-

céphalique gauche ou la sous-clavière étaient intéressés.

De l'absence d'œdème ou de circulation veineuse collatérale du cou et de la face, devons-nous conclure à l'intégrité du tronc veineux brachio-céphalique et incriminer la sous-clavière? Non, à notre avis. Une ligature de la jugulaire interne chez un sujet relativement jeune, au cours d'une thrombo-phlébite du sinus latéral s'accompagne en général, grâce aux suppléances, de peu de troubles circulatoires. Et cependant, en ce cas, il s'agit d'une lésion brusque et non progressive. D'autre part, les paralysies récurrentielles sont rarement causées par compression de ganglions sus-claviculaires, même comprimant les régions voisines...

C'est dans le médiastin que siège habituellement la compression. Enfin, pour obtenir la stase veineuse, il faut un obstacle sérieux, et des ganglions sous-claviers, pouvant se développer librement vers le dehors, sont d'importance bien relative.

Pour toutes ces raisons, l'obstacle devait siéger dans le médiastin antérieur et supérieur, où, vu le manque de place, la moindre tumeur réalise des compressions au niveau du tronc veineux brachio-céphalique qui, comme on le sait, va derrière la fourchette sternale, de l'articulation sterno-claviculaire gauche à la tête du premier cartilage costal droit.

*
* * *

Ces trois observations, également intéressantes, ne présentent, pour ainsi dire, aucun point commun : dans l'observation de Sergent, il y a eu, surtout, compression trachéale ; dans l'observation de Thiroloix et Miginiac, compression du pédicule pul-

monaire, dans l'observation de Gault et Lucien, compression du récurrent et du tronc veineux brachio-céphalique gauche.

Insistons, toutefois, sur deux particularités cliniques : 1° on croit facilement à la tuberculose et dans le cas de Thiroloix et Miginiac, il était impossible d'éviter cette erreur, sauf peut-être en pratiquant une réaction de Wassermann, mais celle-ci eût-elle été positive, elle n'aurait pas indiqué que les lésions thoraciques fussent syphilitiques ; elle aurait simplement invité à pratiquer le traitement, et l'épreuve du traitement aurait été utile au diagnostic ; la malade est morte, victime de ses dissimulations ; 2° on croit parfois (au moins momentanément) à l'existence d'une formation néoplastique à l'intérieur du thorax à cause de l'existence d'une adénopathie sus-claviculaire gauche (cas de Gault et Lucien) ; tout en proclamant l'importance de cette adénopathie dans le cancer, importance que les travaux de Troisier et ceux plus récents de Ménétrier nous ont appris à bien connaître, nous ajoutons (d'accord avec ces auteurs) qu'elle n'implique pas formellement l'idée du cancer.

III. — MÉDIASTINITE OU TOUTE LA SYMPTOMATOLOGIE SE BORNE A DES SIGNES DE COMPRESSION DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE OU D'UN DES GROS TRONCS VEINEUX

Nous reproduisons ci-après cinq observations où les symptômes prédominants relevaient de l'oblitération de la veine cave supérieure.

On retrouvera ici, d'une manière presque schématique, le tableau que nous avons dressé, au début de ce travail, concernant la stase dans le territoire de la veine cave supérieure et l'établissement d'une circulation collatérale.

OBSERVATION VII

(COMBY, A. VIGOUROUX et G. COLLET. *Société médicale des hôpitaux*, 9 février 1906, p. 136.)

Oblitération de la veine cave supérieure

L'un de nous a présenté, à deux reprises, à la Société médicale des hôpitaux (8 janvier 1892 et 15 décembre 1893), un homme de trente-six ans qui était entré à l'hôpital Tenon, le 5 décembre 1891, pour un œdème de la moitié supérieure du corps avec symptômes asphyxiques très inquiétants. Cet homme avait contracté la syphilis six ans auparavant ; le traitement, dirigé par un pharmacien, sans avis médical, semble avoir été insuffisant.

Depuis dix-huit mois, les accès de constriction thoracique, avec tachycardie et vertiges, revenant deux ou trois fois par jour, tourmentaient le malade.

Après une cure de lait, de purgatifs, de digitale, les crises se calmèrent, mais alors il remarqua, au-devant de sa poitrine, des marbrures bleuâtres constituées par des dilatations veineuses. Puis la face se congestionne, les yeux font saillie, le cou se gonfle, la respiration est gênée.

30 novembre 1891. — Accès d'étouffement avec angoisse, cyanose, exophtalmie. Un médecin appelé prescrit des sangsues.

N'ayant pas été soulagé, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

On constate alors une cyanose de la face avec gonflement œdémateux s'étendant au cou, au tronc, aux membres supérieurs.

Ce gonflement de la moitié sus-diaphragmatique du corps fait contraste avec la maigreur de la moitié sous-jacente.

On note la thrombose des veines jugulaires et axillaires et on conclut à une oblitération de la veine cave supérieure.

Comme il y avait une matité notable au niveau du sternum et un souffle systolique à la base du cœur, on pense à une compression de la veine cave par un anévrysme de l'aorte. Cependant le traitement mixte (frictions mercurielles, iodure de potassium) est essayé.

Malgré un pronostic très sombre basé sur les observations publiées dans le mémoire si remarquable du Dr Oulmont, le malade est présenté de nouveau deux ans après dans un état assez satisfaisant, et il devait survivre plus de quinze ans à son oblitération de la veine cave, n'ayant succombé tardivement qu'à une paralysie générale, sans doute de même origine que l'affection veineuse (infection syphilitique).

En effet, quand le malade nous fut représenté le 13 décembre 1893, il n'était plus œdématié grâce à une magnifique circulation collatérale qui se dessinait en gros cordons sinueux en avant de la poitrine et de l'abdomen. Le sang ne pouvant pénétrer dans le cœur droit par la veine cave supérieure oblitérée, refluit de haut en bas dans les veines épigastriques pour rejoindre les voies d'accès considérablement agrandies dans la veine cave inférieure.

Alors nous pûmes éliminer les diagnostics de cancer, d'anévrysme, n'envisageant plus que l'hypothèse d'une production

fibreuse ou d'une adénopathie scléreuse comprimant la veine.

Devenu paralytique général, le malade fut interné à l'asile de Vaucluse, en juin 1901, où il a pu être observé jusqu'à sa mort et autopsié par M. A. Vigouroux et par son interne M. G. Collet.

Au moment de son entrée, il présentait les mêmes veines sinueuses, dont il est question plus haut ; la matité au niveau de la partie supérieure du sternum persistait sans changement. Il n'y avait plus de souffle, mais de l'arythmie cardiaque seulement. Les signes et symptômes de la paralysie générale progressive étaient au complet. Après une existence lamentable entrecoupée d'accès épileptiformes effrayants, le malade finit dans le gâtisme le 26 juin 1905.

L'autopsie fut faite le 27 juin, vingt-quatre heures après la mort. Après incision de la peau, on dissèque les cordons veineux sous-cutanés et la partie supérieure de la paroi thoraco-abdominale ; on distingue deux troncs principaux de chaque côté, l'un venant du cou, l'autre de l'aisselle, pour se confondre à la hauteur de l'ombilic. Le vaisseau ainsi formé à droite représente la veine épigastrique droite excessivement dilatée ; à gauche, les deux troncs d'origine se fusionnent en un seul qui, passant au-dessus de l'ombilic s'abouche dans la même veine épigastrique gauche et oblitérée.

En arrière de la moitié supérieure du sternum, en avant du péricarde et des gros vaisseaux, entre les plèvres, se trouve un amas épais de tissu fibro-adipeux, rempli de veines de divers calibres.

Ces veines sinueuses enchevêtrées, très nombreuses et très rapprochées les unes des autres, semblent provenir des veines thymiques, médiastines et péricardiques

Cette masse facile à isoler du sternum, est unie d'une façon intime au péricarde et à l'adventice des gros troncs vasculaires. Il est permis de supposer que cet amas fibro-adipo-variqueux a été jadis plus volumineux, le malade ayant maigri dans les derniers temps.

La matité constatée pendant la vie s'explique ainsi très aisément. Tous les organes du médiastin antérieur sont unis entre eux par un tissu fibreux résistant et dur, mais leurs rapports ne sont pas modifiés. Libérées des adhérences qui les sondent entre elles, l'aorte et ses branches, les veines pulmonaires, la trachée et les bronches semblent saines.

Au contraire la veine cave supérieure, les troncs brachio-céphaliques, les jugulaires, les sous-clavières et axillaires sont transformées en cordons fibreux d'un volume très réduit. La veine cave n'est pas plus grosse qu'une artère humérale au pli du coude. Les cordons fibreux qui représentent les veines ressemblent à des tendons. Dans son trajet intra-péricardique, la veine cave supérieure est libre sur une grande partie de sa surface ; en dehors du péricarde, elle se trouve englobée dans le tissu fibreux médiastinal. Ce tissu fibreux soude entre elles, la bronche droite, la branche droite de l'artère pulmonaire et la veine cave, au point qu'on ne peut les disséquer ; il faut les sculpter dans la masse fibreuse qui se continue au-dessus et au-dessous de la bronche. En haut, il forme un amas assez épais au centre duquel on découvre deux fragments de ganglions anthracosiques. En bas, il renferme plusieurs petits nodules calcifiés.

Cœur à peu près normal, ainsi que le péricarde, l'oreillette droite est petite et conique ; sa pointe est prolongée par la veine cave supérieure qui va en s'amincissant. A son origine, le vaisseau est perméable, mais le calibre se rétrécit progressi-

vement et quelques millimètres plus haut il est réduit à zéro. Comme il fallait s'y attendre, l'orifice de la veine cave supérieure est beaucoup plus large que normalement. De même le tronc de cette veine, les veines rénales, la grande azygos sont augmentés de volume.

Adhérences pleurales, poumon emphysémateux, avec quelques foyers de broncho-pneumonie. Foie et reins congestionnés, rate normale.

En incisant la dure-mère, on voit s'écouler une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Pie-mère très épaissie, avec suffusions sanguines à la partie moyenne des hémisphères. Elle est très adhérente au cortex. Chaque hémisphère pèse 530 grammes. Circonvolutions diminuées de volume, ventricules dilatés avec granulations épendymaires. Épaississement de la pie-mère spinale postérieure, sclérose des cordons postérieurs et des faisceaux pyramidaux.

Examen histologique. — La veine cave est obstruée par un caillot organisé et calcifié en partie ; ses tuniques moyennes et internes sont fibreuses et renferment des dépôts calcaires. La masse rétro-sternale contient du tissu fibro-adipeux et des veines dilatées remplies de sang. Le tissu adipeux est de beaucoup le plus développé ; il est simplement traversé par de minces tractus fibreux ; dans certains points, se trouvent des amas irréguliers de cellules rondes ; les veines sont très dilatées, mais leur paroi se colore bien et ne présente pas de grosses altérations. Le foie présente une dilatation considérable des veines portes et sus-hépatiques. Les régions péri-sus hépatiques sont très congestionnées, les trabécules hépatiques sont aplatis entre les capillaires dilatés. Les cellules hépatiques ont leur noyau et se colorent bien. Les espaces portes sont scléreux

les artères hépatiques présentent une endartérite très marquée.

Du côté de l'axe nerveux, on trouve les lésions ordinaires de la méningo-encéphalite. La pie-mère est épaissie, fibreuse, infiltrée de globules sanguins et de cellules rondes, veines dilatées et remplies de sang, péri-phlébite dans les sillons, contrastant avec l'intégrité des parois artérielles.

Petites hémorragies sous-pie-mériennes, augmentation des cellules névrogliques de l'écorce cérébrale, multiplication des vaisseaux et péri-vascularite. Altération des cellules pyramidales moyennes. Lésions du cervelet moindres. Sclérose des cordons postérieurs de la moelle avec épaissement de la pie-mère.

Cette observation, poursuivie pendant de longues années par différents médecins, est très instructive. Elle montre d'abord que l'oblitération de la veine cave supérieure n'est pas toujours aussi grave que le Dr Oulmont l'avait indiqué dans son mémoire.

Notre malade a survécu plus de quinze ans aux premiers symptômes de l'oblitération vasculaire, et encore n'a-t-il succombé qu'à une méningo-encéphalite sans relation directe avec la maladie primitive. L'évolution clinique comme l'anatomie pathologique ont mis en relief la compensation presque parfaite d'une lésion énorme qu'on avait pu croire incompatible avec la vie.

Un second point intéressant est celui du diagnostic.

La présence d'une matité sternale, celle d'un souffle systolique, avaient fait penser à l'existence d'un anévrisme aortique.

Or, l'autopsie a montré l'absence d'anévrisme et la présence d'une masse fibro-adipeuse dans le médiastin antérieur. La même erreur de diagnostic et la même lésion figurent dans

une observation du mémoire de Oulmont. « M. Grisolle, dit-il, s'arrêta à l'idée d'un anévrisme de l'aorte, opinion que je partageais moi-même.

« Elle était fondée sur ce qu'il n'est pas très rare d'observer la compression de la veine cave par un anévrisme de l'aorte; mais ce qui, surtout, nous arrêta à ce diagnostic, c'est qu'il existait à la partie supérieure du sternum une matité assez étendue communiquant avec la matité habituelle de la région précordiale, et qui nous semblait devoir être attribuée à une tumeur anévrismale. A l'autopsie, on reconnut que cette matité était due à un amas de tissu adipeux qui occupait la place du thymus. »

Enfin, notre observation montre que les productions fibreuses du médiastin peuvent être le résultat d'une infection syphilitique, laquelle, après s'être localisée ainsi, pourra, par la suite, entraîner d'autres désordres et notamment la paralysie générale des aliénés.

Nous avons cru devoir donner quelques détails sur la fin d'un malade présenté deux fois à la Société des Hôpitaux, les cas d'oblitération de la veine cave supérieure étant d'une grande rareté. En effet, depuis la présentation faite en 1892, un seul cas analogue a été présenté par M. Achard en 1896.

OBSERVATION VIII

(BARTH, Société médicale des hôpitaux, 9 février 1906.)

Oblitération de la veine cave supérieure

L'observation très intéressante de M. Comby me rappelle un cas assez analogue que j'ai pu suivre depuis trois ans à l'hôpi-

tal Necker. Il s'agit d'une femme de vingt-cinq à vingt-huit ans qui me fut adressée par le D^r Dufour (de Plaisance), pour des symptômes faisant soupçonner une tumeur du médiastin : toux quinteuse, cornage, respiration humée au niveau de la grosse bronche droite, cyanose du visage et des membres supérieurs, etc.). Je diagnostiquai une adénopathie trachéo-bronchique probablement tuberculeuse, avec compression de la bronche droite et de la veine cave supérieure, et j'instituai un traitement par les injections de cocadylate de soude et le sirop d'iodure de fer.

Ce traitement était suivi depuis deux mois sans grand résultat, quand le malade me fit voir une arthropathie du genou, dont les caractères très particuliers me firent songer tout de suite à la syphilis. En effet, un traitement mixte en amena la guérison rapide, mais ce qu'il y a d'intéressant, c'est qu'il provoqua aussi la rétrocession graduelle des signes de compression de la bronche droite et de compression du poumon correspondant ; le cornage et la toux quinteuse disparurent.

Quant à la cyanose du visage, elle s'atténua seulement, à mesure que se développait sur la poitrine une circulation collatérale énorme, indice de l'oblitération graduelle de la veine cave supérieure.

La malade quitta l'hôpital en bonne santé ; elle est revenue me voir plusieurs fois depuis : la circulation collatérale persiste toujours aussi intense ; il n'y a aucun trouble fonctionnel, mais la tête et les membres supérieurs se cyanosent au moindre effort.

Il me paraît évident que cette femme a été atteinte d'une gomme ou, pour mieux dire, d'un syphilome du médiastin qui a rétréci, puis oblitéré la veine cave supérieure, assez

lentement pour permettre à la circulation collatérale de s'établir. Si je puis la retrouver, je la présenterai à la société.

OBSERVATION IX

(LIAN et BARON, *Progrès médical*, 9 et 16 novembre 1912
1^{er} cas.)

Médiastinite syphilitique.)

M^{me} D..., âgée de cinquante-quatre ans, ménagère, ne présente d'intéressant à signaler dans ses antécédents que le fait suivant : elle va consulter à l'âge de trente-huit ans à l'hôpital Saint-Louis, pour deux petits boutons de la valve. On porte le diagnostic de syphilis et on fait des injections profondes dans les fesses. En outre, à cette même époque, la malade a de violents maux de tête et perd ses cheveux.

Les premiers symptômes de la médiastinite syphilitique semblent remonter à mars 1909. A cette époque, la malade fait un séjour de trois semaines à l'hôpital Lariboisière pour toux, anorexie, amaigrissement, mouvement fébrile. On diagnostique une grippe. En réalité, elle dit qu'à cette époque sa toux eut très nettement les caractères de celle de la coqueluche pendant deux mois environ. Il s'agissait donc probablement de toux coqueluchoïde d'origine médiastinale.

C'est en août 1909 qu'apparaît au grand complet le *syndrome d'oblitération de la veine cave supérieure*. La malade remarque d'abord que son cou gonfle et que sa figure devient bouffie. Puis cette bouffissure augmente peu à peu. La malade entre à l'hôpital, et un matin qu'elle fait sa toilette, assise sur son

lit, elle sent tout d'un coup que l'enflure de sa figure augmente brusquement. Deux jours après, alors qu'elle vient de se lever, son visage devient tout noir et on doit la recoucher.

Enfin, en quelques jours, l'œdème envahit les membres supérieurs, le tronc, jusqu'à la taille. Les bras, les doigts, sont presque doublés de volume. La langue est grosse, la malade peut à peine la sortir de sa bouche ; il y a de l'enchifrènement. Une dyspnée intense oblige la malade à rester assise sur son lit et lui enlève tout sommeil.

On dit : « Œdème violacé en pèlerine. » Pas de fièvre, pas de céphalée ni de vomissements, pas d'albuminurie ni de glycosurie. On fait à la malade 12 piqûres quotidiennes d'un sel mercuriel dans la fesse. Elle ressent alors une légère amélioration. Mais, craignant de mourir à l'hôpital, elle se fait transporter chez elle sur sa demande.

Elle est alors soignée pendant dix jours par le remplaçant de son médecin habituel. Celui-ci, le Dr Houlié, fait, à sa première visite, le diagnostic d'épanchement pleural bilatéral et peut évacuer, des deux côtés, 1 lit. 1/2 d'épanchement citrin. Dès lors, l'amélioration s'accroît rapidement, tous les phénomènes morbides régressent, puis disparaissent, tandis qu'une circulation collatérale très développée se destine à la partie antérieure du thorax et de l'abdomen. L'épanchement pleural bilatéral avait été probablement un hydrothorax consécutif à l'oblitération de la veine cave supérieure.

La malade est venue nous consulter pour la première fois, en août 1910, à la consultation de médecine de l'hôpital Lariboisière. Et depuis lors, malgré plusieurs séries d'injections de sels mercuriels et d'hectine, son état ne s'est nullement modifié. On a l'impression d'être en face d'un reliquat indélé-

bile d'une affection aiguë. Après le stade dramatique dû à l'oblitération rapide et progressive de la veine cave supérieure, la malade est arrivée au stade d'adaptation, où l'organisme supplée assez bien à l'oblitération définitive de cette veine.

État actuel. — A part des douleurs rhumatismales antérieures à la médiastinite, le seul trouble fonctionnel dont se plaint la malade est le suivant : lorsqu'elle se penche en avant ou surtout lorsqu'elle se baisse pour ramasser un objet, elle ressent immédiatement la tête lourde et une tendance au vertige. Il en est de même lorsqu'elle se penche de côté ou en arrière. Et si on lui fait répéter ces mouvements, on constate en effet que dès qu'elle est baissée, les veines du cou se gonflent, la figure devient violacée et la malade est obligée de se relever très rapidement. Elle nous dit aussi supporter difficilement la chaleur : dans un appartement chauffé modérément, sa figure devient par instants toute rouge, violacée. Depuis 1909, la malade ne travaille plus, elle vit avec sa fille qui subvient à ses besoins, mais elle fait le ménage sans difficulté, *à condition qu'elle évite de se baisser* ; elle peut même cirer le parquet de son logement.

Examen. — L'examen de la malade ne fait constater que deux séries de phénomènes morbides : une légère bouffissure de la face et aussi du tronc ; surtout une circulation veineuse collatérale, très développée à la partie antérieure du thorax et de l'abdomen.

La circulation veineuse collatérale est particulièrement marquée à la face antérieure du thorax, et aussi à la face antéro-interne du bras. Il y a là un lacis veineux très développé, où, à côté des veinules, il y a des cordons veineux gros comme un porte-plume ou même comme le petit doigt. Tout

ce riche lacis veineux semble se déverser dans deux grosses veines, qui descendent dans chaque flanc sur la paroi antérieure de l'abdomen, pour aboutir à la racine de la cuisse dans les veines fémorales. D'ailleurs, la figure ci-contre (V. p. 13) rendra bien compte de l'importance et de la disposition de la circulation collatérale. Nous avons eu l'impression que le sang s'y écoulait du thorax vers l'abdomen.

En dehors de ces signes caractéristiques de l'oblitération de la veine cave supérieure, l'examen n'aboutit qu'à des constatations négatives : rien d'anormal à l'examen du cœur et du poulx, des poumons, de la cavité abdominale ; en particulier, pas de modification appréciable du volume du foie et de la rate. Les urines ne renferment ni albumine, ni sucre. L'examen du sang a décelé 4.500.000 globules rouges, 5.800 globules blancs et une formule qualitative normale. L'examen radioscopique fait par M. Bécère écarte l'existence d'un anévrisme aortique et l'amène à admettre notre diagnostic clinique probable de médiastinite syphilitique avec oblitération de la veine cave supérieure. Nous aurions désiré faire répéter cet examen radioscopique et en rapporter le résultat d'une façon détaillée, mais la malade s'y est refusée.

OBSERVATION X (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Dr Josué.)

L... Maurice, âgé de vingt ans, manœuvre.

Entre le 29 mai 1911, salle Monneret, n° 37, à l'ancienne Pitié, dans le service de M. le Dr Josué.

Ce malade entre à l'hôpital parce que, depuis un mois environ,

son membre supérieur gauche a considérablement augmenté de volume.

Le malade est un garçon de vingt ans, pas très grand, mais bien charpenté et bien musclé.

Dans sa famille on ne relève aucune tare. Lui-même a toujours été bien portant dit-il. Il exerce le dur métier de manoeuvre.

Il entre le 29 mai 1911, salle Monneret, à l'ancienne Pitié.

Depuis plusieurs semaines, son membre supérieur gauche a progressivement augmenté de volume; aujourd'hui, il est tellement gonflé, que le malade ne s'en sert plus librement.

Voici comment l'affection aurait débuté : il y a un mois, les deux bras étaient aussi alertes l'un que l'autre; mais un jour que le malade lançait à l'aide d'un crochet une masse de 20 kgr., il ressentit brusquement, et sans avoir heurté quoi que ce soit, une violente « secousse » dans la partie supérieure du bras gauche. Cette sorte de coup de fouet ne fut cependant pas très douloureuse; le malade n'interrompit pas son travail.

Il continua même sa fatigante besogne pendant le reste de la semaine bien qu'il vit augmenter progressivement le volume de son membre; c'est seulement le dimanche suivant, quatre jours après l'accident, que le malade s' alarma : non seulement l'enflure des tissus continuait à s'accroître, mais encore des veines venaient faire saillie sous la peau. Un médecin fut consulté; il mit le jeune homme en observation, puis, devant la progression des accidents lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Quand M. Josué l'examine, l'œdème et la circulation collatérale ont complètement déformé le membre.

L'aspect pathologique saute aux yeux dès que le malade s'est défait de ses vêtements. La main, l'avant-bras, le bras et

même une partie du moignon de l'épaule ont un volume énorme.

La mensuration, faite cependant après vingt-quatre heures de repos au lit, donne les chiffres suivants :

Tiers supérieur de l'avant-bras :

Côté malade.....	31 cm. 5
Côté sain.....	29 centimètres

Tiers supérieur du bras :

Côté malade.....	33 centimètres
Côté sain.....	28 centimètres

A la main qui palpe, les tissus donnent une sensation de résistance élastique ; ils ne sont pas mous et ne gardent pas l'empreinte du doigt, mais n'ont pas non plus la dureté de l'infiltration inflammatoire. On ne réveille aucune douleur.

La main est cyanosée. Mais la teinte des téguments de l'avant-bras et du bras n'est que très légèrement violacée ; à la partie supérieure du membre, la peau a sa couleur normale, mais elle est bosselée par la circulation veineuse collatérale.

Les veines superficielles de l'avant-bras transparaissent sous la peau, elles ne sont pas très flexueuses ; elles sont grosses mais ne saillent pas beaucoup, noyées qu'elles sont dans l'infiltration diffuse des tissus sous-cutanés.

Au bras, au contraire, où le gonflement est relativement moins considérable, les veines sortent véritablement de la peau. Elles sont énormes, extrêmement flexueuses, molles ; on ne peut les comparer qu'aux varices superficielles des membres inférieurs chez les sujets jeunes. On peut y distinguer deux groupes, tous deux situés à la face antérieure du bras, la main

étant en supination. Le premier est interne, répondant à la veine basilique ; il communique par des ramifications serpentes avec les veines du thorax d'une part, le courant externe d'autre part.

Ce dernier est constitué par la veine céphalique que l'on suit, grosse et flexueuse, jusque sous la clavicule à l'extrémité supérieure du sillon pectoro-deltaïdien. A ce niveau, la suppléance fonctionnelle est des plus actives : vers le cou, et surtout sur le grand pectoral, les veines apparaissent dilatées. La dilatation est encore bien marquée, quoique moins considérable à la partie latérale supérieure gauche du thorax.

Toutes ces veines sont notablement plus tendues que des veines normales, mais elles ne paraissent pas indurées.

La circulation s'y fait de bas en haut, du bras vers le thorax, la région sternale, et accessoirement vers le cou.

Le sang revient donc au cœur, d'une part, par les veines intercostales, d'autre part, par les veines sous-cutanées.

La moindre dilatation de la céphalique par rapport à celle de la basilique laisse supposer encore une certaine perméabilité de l'embouchure de cette veine.

Ajoutons encore qu'aucun point du membre n'est douloureux à la pression profonde.

En présence de ces symptômes, M. Josué diagnostique une oblitération du tronc veineux du membre supérieur gauche ; cette oblitération siège probablement au niveau du bord supérieur du petit pectoral ou de la clavicule. Il est certain que la lésion n'atteint pas la sous-clavière après que cette veine a reçu les jugulaires externes et antérieures et les scapulaires. Le malade indique d'ailleurs comme siège du coup de fouet qu'il nous décrit la région de la veine axillaire.

Dans le membre gonflé, le malade ne ressent aucune douleur ; il est un peu gêné dans ses mouvements, mais serait, nous dit-il, capable de travailler. Le bras est un peu lourd, un peu engourdi, mais ce sont là des troubles très peu marqués. Objectivement, sensibilité, motilité, réflexivité sont normales.

Les artères axillaire, humérale, radiale, sont nettement perçues.

Le pouls est calme, régulier, synchrone à celui du côté opposé. Le membre du côté opposé est tout à fait normal.

L'examen du squelette ne révèle aucun fait intéressant, sauf au niveau de la clavicule droite ; elle présente, à la jonction du tiers moyen avec le tiers externe, une sorte d'exostose volumineuse dont le malade ignore la date d'apparition ; la radioscopie révèle qu'il y a eu là une fracture dont les deux fragments sont soudés à angle obtus ouvert en arrière. Aucune tumeur osseuse n'est découverte au voisinage du courant veineux du bras gauche.

Il n'y a pas de ganglions dans l'aisselle. Le cœur est normal ; l'aorte ne présente aucune dilatation suspecte.

Les poumons sont sains, le médiastin paraît libre de tout foyer pathologique. La radioscopie confirme l'intégrité des organes thoraciques. La radiographie n'a pu être faite.

En résumé *oblitération de la veine axillaire*.

Il n'existe aucune cause *de compression* ; on porte le diagnostic de thrombose.

Quelle est l'origine de cette thrombose ? Le malade invoque un traumatisme. Ce serait à la suite d'un effort musculaire violent que s'est produite la lésion veineuse. Remarquons, cependant, un fait paradoxal, L. . . tenait à deux mains un

crochet : il est droitier ; c'est le bras droit qui a fait le principal effort ; or la lésion siège à gauche.

Si l'on suppose une rupture traumatique intense, il faut supposer une fragilité préexistante des gros troncs veineux. Une affection généralisée des veines, la phlébosclérose, comparable à l'artériosclérose, n'est admise que par un petit nombre d'auteurs. Notre malade n'a d'ailleurs que vingt ans. Le cancer, la tuberculose, l'actynomycose peuvent être écartés.

M. Josué porta le diagnostic de *phlébite oblitérante d'origine syphilitique*.

La réaction de Wassermann faite par M. Demanche est *partiellement positive*. Dans le liquide céphalo-rachidien, il n'y a ni albumine, ni cellules en quantité exagérée.

Le 4 juillet, le malade reçoit en injection intra-veineuse, au pli du coude, du côté malade, 0 gr. 60 d'arsénobenzol en solution juste alcaline.

A la suite de cette injection, apparaissent autour des veines qui assurent la circulation collatérale, des ecchymoses. Chaque trajet veineux est accompagné de chaque côté de deux trainées d'abord bleuâtres, puis qui jaunissent. Toutes les veines du bras et celles du moignon de l'épaule sont atteintes.

Ce fait, qu'on ne voit jamais se produire après des injections de 606 chez des sujets normaux, n'indique-t-il pas une *fragilité excessive des veines dilatées* ?

A la suite de cette injection, on note une tendance de l'œdème à diminuer. Mais il est difficile de faire la part d'amélioration causée par le repos au lit du malade.

Celui-ci, qui rendait service à sa famille en travaillant de son bras droit, quitte l'hôpital le 10, mais revient le 18 juillet.

A ce moment, la circulation veineuse collatérale persiste ; les trainées ecchymotiques sont devenus jaunâtres.

Les mensurations donnent les résultats suivants :

Tiers supérieur de l'avant-bras :

Côté malade.....	30 (au lieu de 31,5
Côté sain.....	29

Tiers supérieur du bras :

Côté malade.....	32 (au lieu de 33)
Côté sain.....	29,5 (au lieu de 28)

On fait, le 22 juillet, dans les veines du pli du coude du côté sain, une deuxième injection de 0 gr. 40 de 606. Le lendemain, élévation de la température à 38 ; pouls régulier ; pression (Pachon) 16,9.

L'amélioration continue. A la fin de juillet, le gonflement du membre supérieur gauche est presque entièrement disparu ; il est à peine un peu plus gros que le droit, et les personnes non averties ne s'aperçoivent pas de ce phénomène. La circulation collatérale est très diminuée ; les veines, gonflées au début, se sont affaissées ; c'est seulement quand le malade a le bras pendant ou quand il a travaillé que la circulation veineuse reparaît.

Le malade, impotent lors de son premier séjour à l'hôpital, peut se servir de son bras, et très musclé, aime à montrer qu'il a récupéré sa force ; il se fatigue, il est vrai plus vite qu'auparavant, mais il peut reprendre son ancien métier.

Il sort de l'hôpital le 16 août et quelques semaines après, vient dans le service montrer qu'il reste amélioré, qu'il se sert de son membre. L'externe qui fait le remplacement dans la salle note que la circonférence sous-delhoïdienne du bras est de 30 centimètres.

La guérison n'est cependant pas absolue, car la fatigue vient relativement vite, et le malade ne peut plus fournir la somme considérable de travail de force qu'il fournissait auparavant.

OBSERVATION XI

(VON SCHRÖTTER) (1)

Un peintre de quarante-deux ans, qui n'avait eu antérieurement aucune maladie notable, vit, sans cause, appréciable son bras droit augmenter de volume. Il racontait que l'enflure survint après un effort exagéré alors qu'il avait un travail particulièrement dur (pose d'une voie ferrée).

Le gonflement augmentait progressivement, la peau devenait rouge, la main insensible. Le cas paraissait si alarmant que Billroth conseille l'amputation de l'extrémité.

Mais, peu à peu, une circulation collatérale s'établit et le gonflement diminua.

Quand Von Schrötter examina le malade, les veines formaient un relief très apparent sous la peau ; à la partie supérieure du bras droit, en avant et en dedans, apparaissaient des circonvolutions vasculaires qui atteignaient le volume d'un crayon. Il en partait de grosses veines qui serpentaient sur le bord inférieur du grand pectoral ; elles atteignaient la paroi antérieure du thorax à la hauteur de la troisième et quatrième côte et formaient vers le sternum des lacis vasculaires de moins en moins volumineux, mais qui se gonflaient sous l'influence de la toux. (La figure 78 de l'auteur est très démonstrative.)

1. Von Schrötter. *Erkrankungen der Gefäße*, p. 533. In *Die angeborenen Herzkrankheiten*, Von Prof. H. Vierordt,

Les jugulaires et les autres veines du cou, de l'épaule et du dos étaient normales ; la thrombose siégeait donc exactement après l'embouchure de la céphalique.

La cause en semblait donc une blessure, relativement peu importante, peut-être une hyperextension des parois veineuses, sous l'influence d'une contraction musculaire.

OBSERVATION XII

(Due à l'extrême obligeance de M. le professeur ROGER, et prise avec la collaboration de M. TERRASSE, externe du service.)

Louis L..., quarante-deux ans, homme de peine, entre le 5 janvier 1912 dans le service de M. le professeur Roger ; il respire difficilement, ne peut plus uriner ; sa face, la partie supérieure du tronc et les membres supérieurs sont œdématisés.

L'affection semble avoir débuté en mars 1911 ; l'œdème et les maux de tête apparurent à peu près en même temps. Le malade ne saurait dire si l'œdème envahit en premier lieu la face ou les pieds. Il remarque d'abord que ses pieds enflent le soir ; puis l'œdème devient permanent et remonte progressivement ; en même temps la face est bouffie, violacée ; le thorax augmente de volume ; les membres supérieurs, tuméfiés, bientôt cyanosés, sont lourds et maladroits.

Des *maux de tête* apparaissent ; ils sont continus, exacerbés par le moindre mouvement ; la nuit, leur intensité est souvent extrême. La douleur siège dans la région frontale et n'irradie pas.

D'autres troubles se montrent, d'abord passagers, puis de

plus en plus tenaces et répétés. Le moindre effort détermine des contractures de l'index, du médius et de l'annulaire qui s'immobilisent en extension pendant quelques minutes. Par moments, la vision se trouble : les objets sont voilés d'un brouillard grisâtre qui les rend invisibles à une distance de 5 à 6 mètres. Les yeux pleurent abondamment, et presque d'une façon constante.

En même temps apparaissent des symptômes auriculaires : pendant six à huit minutes, les deux oreilles, mais particulièrement la gauche, sont remplies de bruits anormaux, sifflements, bourdonnements surtout. Les crises ne sont pas accompagnées de vertiges nets. Elles deviennent de plus en plus fréquentes.

Bientôt, la bouche se dessèche ; elle donne au malade, surtout le matin, une sensation d'amertume et de corps étranger très désagréable. La diarrhée apparaît, et le malade entre à l'Hôtel-Dieu.

L'œdème est alors considérable : il déforme non seulement la face, les membres supérieurs, le thorax, mais encore les membres inférieurs, les organes génitaux et l'abdomen. La moitié supérieure est cyanosée ; les lèvres sont violettes, la peau lie de vin. La moitié inférieure est blanchâtre ou livide, si bien qu'on peut se croire en présence d'un cardio-rénal. La dyspnée est considérable. L'examen du cœur est impossible. Les bases pulmonaires sont remplies de râles humides. Le pouls est petit, mou, légèrement accéléré ; il n'y a pas de fièvre, pas d'ictère. Quant aux urines, elles sont peu abondantes, foncées ; elles réduisent la liqueur de Fehling, mais ne contiennent pas *trace d'albumine*.

Le malade est d'abord mis au régime lacté ; il prend pendant deux semaines 1 gr. 50 de théobromine par jour. Les

urines deviennent rapidement plus abondantes ; elles montent de 400 grammes environ à 3 litres, puis se maintiennent à 2 litres.

Rapidement, les symptômes s'amendent : l'œdème des jambes diminue, la céphalée disparaît presque, ainsi que les troubles oculaires et auriculaires.

Cette amélioration n'est que partielle : l'œdème violet de la face, des membres supérieurs et de la partie céphalique du thorax est à peu près stationnaire. Après trois semaines, c'est-à-dire au début de février, les troubles fonctionnels se réinstallent, et vers le 25 février, les urines sont de nouveau très rares. Le malade est dyspnéique, extrêmement tuméfié et cyanosé.

19 février. — La réaction de Wassermann fut trouvée positive (M. Demanche.)

Le malade est alors soumis au traitement mercuriel. Du 20 février au 2 mars 1912, il reçoit chaque jour 0 gr. 10 de calomel et 4 grammes d'iodure de potassium. Une amélioration sensible se produit ; l'œdème se résorbe en grande partie ; les signes fonctionnels disparaissent.

Mais l'amélioration est transitoire. Après trois semaines, on doit reprendre le traitement mercuriel.

Depuis cette époque le traitement mercuriel est institué par séries, pendant quinze jours, après trois semaines de repos, tantôt par frictions, tantôt par injections intra-veineuses de cyanure de mercure (0 gr. 01 par jour). La guérison n'a pu être obtenue : si le mercure est cessé pendant plus de vingt jours, l'œdème en pèlerine et les étouffements réapparaissent. Les symptômes alarmants du début disparaissent, mais il s'en montre de nouveaux qui présentent l'origine médiastinale de l'affection.

Voici dans quel état se trouve le malade aussi bien aujourd'hui qu'au mois de mai ou de décembre dernier, au début d'une période de traitement.

Il est bouffi ; les yeux sont cachés en partie par les paupières œdématisées. L'œdème n'est pas douloureux et garde mal l'empreinte du doigt. La face est cyanosée ; les lèvres en particulier sont violettes. Il n'existe pas d'ictère conjonctival, mais les yeux ont tendance à pleurer.

L'œdème est peu marqué au cou, mais devient manifeste au creux sus-sternal où il garde bien l'empreinte du doigt.

Les membres supérieurs ne sont pas œdématisés ; cependant le malade les sent un peu lourds et paresseux. Les mains sont violettes et froides.

La partie inférieure du thorax, l'abdomen sont normaux.

Les membres inférieurs ne sont pas tuméfiés ni violacés ; cependant, il existe parfois le soir un peu d'œdème péri-malléolaire. Les veines superficielles qui se dessinent sous la peau des membres supérieurs n'apparaissent pas dilatées.

En somme, œdème en pèlerine fruste, ou plutôt difficulté de la circulation veineuse dans le système cave supérieur. L'œdème léger et inconstant des malléoles est l'indice de la faiblesse du myocarde.

Cœur. — L'oreillette gauche en effet paraît un peu dilatée ; sa limite gauche dépasse un peu le bord gauche du sternum. Mais la percussion ne saurait renseigner exactement, étant donné la masse anormale qui surmonte le cœur.

La pointe est impossible à fixer exactement. Au creux épigastrique, les battements sont perçus violents. Par le phonendoscope de Bianchi on trouve la pointe un peu au-dessous du mamelon, derrière la sixième côte. À l'auscultation, le premier

bruit est sourd, prolongé, et par moment tend à se dédoubler. Le deuxième bruit est normal.

Le pouls bat à 70 : il est régulier. La pression prise avec l'appareil de Pachon est très basse : on trouve 16, pression systolique et 10 pression diastolique.

Appareil respiratoire. — Depuis le mois de novembre, le malade toussé par quintes, surtout la nuit. Les quintes s'accompagnent d'une cyanose intense du visage et se terminent souvent par des crises d'étouffement.

L'expectoration est abondante le matin, rare dans le reste de la journée ; les crachats sont muco-purulents, nummulaires, sans odeur, assez souvent striés de sang.

Parfois, la voix est rauque, moins distincte qu'elle ne l'était il y a quelques années. Le malade se plaint de prononcer avec une certaine difficulté. La langue, dit-il, est lourde, embarrassée. Cependant l'examen ne montre rien d'anormal, pas plus l'examen de la langue que celui du larynx. Ces symptômes sont d'ailleurs fugaces, variables d'un moment à l'autre et il est en somme assez rare de les constater.

Le poumon présente, quand nous l'examinons, les particularités suivantes :

En avant, submatité du sommet droit ; les vibrations sont plus fortes à droite. Diminution du murmure vésiculaire dans toutes les parties perceptibles du poumon ; gros râles soufflants, plus ou moins nombreux, disparaissant quand le malade a toussé ; quelques râles sibilants dans les parties moyennes.

Un autre examen ne décèle que des craquements fins aux deux sommets, accompagnés de frottements pleuraux.

En arrière, submatité du sommet gauche ; matité du sommet

droit ou plutôt de la région supéro-interne de ce sommet ; au même niveau, les vibrations sont exagérées.

Diminution de la respiration dans toute l'étendue des deux poumons.

Aux sommets, râles sibilants et soufflants.

Aux bases bouffées de râles humides, fins ou moyens ; parfois même, séries de gros râles humides, véritable gargouillement à la partie moyenne du poumon gauche.

Ces symptômes sont plus ou moins accentués suivant les périodes.

Appareil digestif. — Le malade a peu d'appétit. Il digère bien, mais souffre d'une diarrhée continuelle. Elle se calme parfois, mais souvent c'est 15 à 20 selles que le malade a par jour ; des coliques très douloureuses précèdent souvent la défécation. Les matières sont jaune ocre, très liquides, rarement fétides. On n'y décèle pas d'œufs de parasites. Tous les traitements employés contre cette diarrhée ont échoué ; seules les injections de sulfate d'hordénine l'ont, sinon guérie, du moins calmée. Elle présente d'ailleurs, spontanément, des rémissions. Elle paraît sans rapport avec le traitement mercuriel. Bien au contraire, elle semble varier en sens inverse de la courbe urinaire. Quand, sous l'influence du traitement, l'œdème en pélerine diminue, et que les urines deviennent plus abondantes, les selles sont souvent presque solides et peu nombreuses.

Le foie s'étend du septième espace intercostal au bord inférieur des fausses côtes, sur une hauteur de 11 centimètres sur la ligne mammelonnaire. Quand le malade est bouffi, on détermine une douleur en le palpant dans la région épigastrique.

Le rate est un peu augmentée de volume. Délimitée au phérendoscope, elle a les dimensions suivantes : grand axe oblique

en avant et en bas, 13 centimètres ; petit axe, 8 centimètres.

Appareil urinaire. — Les urines sont rares ; leur quantité est de 500 grammes environ par jour ; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires.

Lorsque la cure mercurielle est finie, la tête et les épaules sont dégonflées ; la face et les lèvres restent cependant légèrement cyanosées. La voix est normale ; le poumon à peu près libre, les urines abondantes ; la diarrhée se calme transitoirement.

Il nous reste à décrire les *stigmates de syphilis et les symptômes permanents de la médiastinite*.

Comme *signes de syphilis*, nous trouvons : sur la face interne de chaque joue, une plaque blanche et épaisse de *leucoplasie*, plus large à droite qu'à gauche ; sur la peau de l'abdomen et du thorax, des *tâches pigmentaires brunâtres*, larges comme une lentille, que le malade dit être la trace d'une éruption diagnostiquée syphilitique. Les réflexes oculaires existent ; les réflexes tendineux sont anormaux : le rotulien est faible à gauche ; les achilléens sont très faibles des deux côtés.

Le Wassermann est positif.

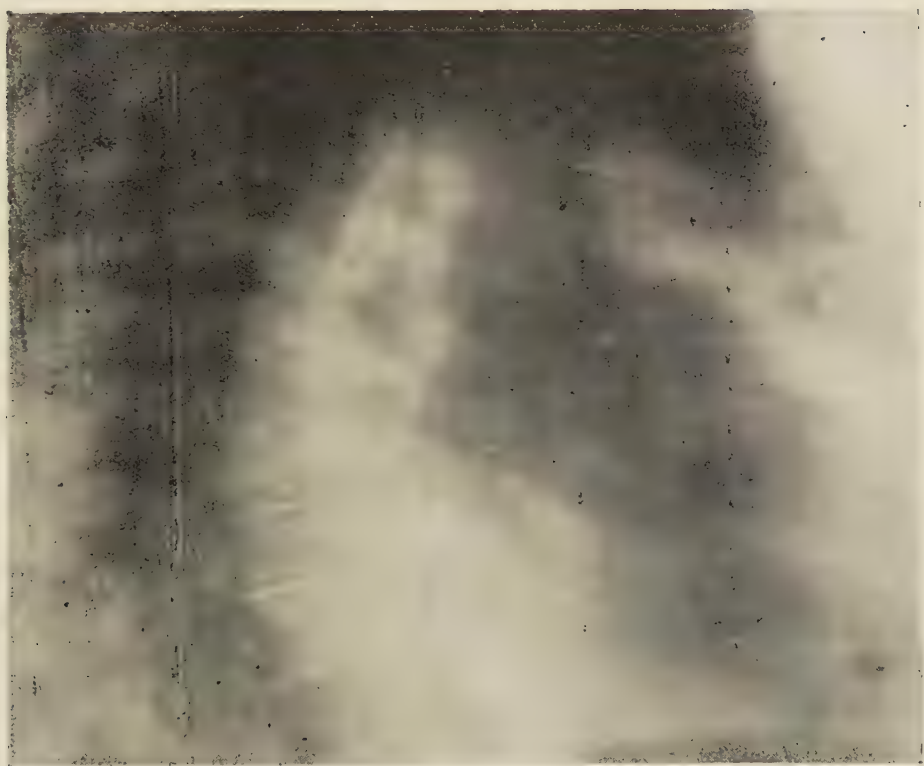
Dans les antécédents du malade, deux points sont à noter :

D'abord, c'est la syphilis. Il n'a eu, dit-il, ni chancre, ni roséole, mais en 1911, a présenté une éruption généralisée qui a guéri par le traitement mercuriel et qui a laissé des cicatrices.

En second lieu, c'est l'existence de tuberculose dans sa famille : son père, manifestement alcoolique, mourut « d'épuisement » à trente-sept ans ; sa mère mourut lentement à trente-neuf ans, des suites d'un refroidissement. Jusqu'à sa syphilis et à sa maladie actuelle, le malade a toujours été bien portant. Il est de taille moyenne, bien musclé.



N° 1. Radiographie prise de face : dans le médiastin antérieur, une grosse masse englobant les gros vaisseaux de la base du cœur.



N° 2. Radiographie prise en oblique postérieure gauche :
le médiastin postérieur est entièrement libre.

Ces deux radiographies sont dues à l'obligeance de M. le Dr Guillemot, chargé de la radiologie dans le service de M. le professeur Gilbert à l'Hôtel-Dieu.

Cependant, il y aurait lieu de se demander s'il n'y a pas dans son affection une association de tuberculose et de syphilis, association récemment mise en lumière et qui expliquerait la persistance, malgré le traitement mercuriel, des symptômes de médiastinite.

Signes caractéristiques de la médiastinite. — En effet, alors que le malade est examiné après de nombreuses séries d'injections mercurielles et qu'il ne présente plus de signes fonctionnels notables, on peut déceler au-dessus du cœur une masse assez volumineuse.

Les signes fournis par l'examen clinique ne sont, à vrai dire, pas considérables. En avant, la percussion montre au-dessus du cœur, dans la région aortique, une matité large de 11 centimètres qui dépasse à peu près également de trois travers de doigt les bords latéraux du sternum. La limite droite est en réalité difficile à préciser exactement, en raison de la submatité générale du sommet.

En arrière, la région hilaire est mate jusqu'au bord de l'omoplate, mais cette matité se confond en haut avec celle des sommets. La limite inférieure répond à une ligne passant par l'angle inférieur des deux omoplates, mais elle est à vrai dire assez progressive et difficile à préciser exactement.

La radiographie est très démonstrative : Au-dessus du cœur, se continuant avec les oreillettes et semblant englober les veines pulmonaires, la veine cave supérieure, la crosse de l'aorte, l'artère pulmonaire et les organes adjacents, se trouve une masse opaque : elle n'empiète pas sur le médiastin postérieur, ce qui explique l'absence de compression œsophagienne et trachéale ; mais elle s'avance vers le plastron costal et latéralement, semble écarter les deux poumons. Elle est accom-

pagnée d'ombres irrégulières dans la région hilare du p^{ou}mon.

Résumé. — Chez un homme bien portant, mais issu de souche tuberculeuse, une syphilis se complique d'une médiastinite supracardiaque antérieure qui détermine :

1° Des signes de compression de la veine cave supérieure.

2° Des symptômes d'insuffisance cardiaque dont le mécanisme exact est difficile à préciser, mais qui nous paraissent relever surtout de la compression des veines pulmonaires et des oreillettes. De ces symptômes hyposystoliques, il faut peut-être retrancher une partie des troubles dans le domaine de la veine cave inférieure ; ils peuvent être dus à la compression de l'oreillette gauche et de la terminaison de la veine.

3° Des troubles variés par irritation des organes voisins, par exemple du récurrent.

4° Enfin des symptômes difficiles à interpréter exactement, comme la diarrhée rebelle par exemple.

Le traitement mercuriel poursuivi méthodiquement et assez intense, améliore nettement le malade. Mais la guérison ne se produit pas, et pour expliquer ce fait, on peut invoquer, soit l'intensité de la néoplasie syphilitique, soit l'existence d'un foyer fibreux soit l'association à la syphilis d'un processus tuberculeux.

Les retours offensifs de la maladie, sa régression sous l'influence du mercure, montrent que le processus syphilitique, est encore en pleine évolution et qu'on doit continuer à lutter contre lui.

L'ensemble de ces observations mérite deux ordres de remarques :

1° *L'évolution générale des médiastinites avec oblitération cave.*

Comme le font remarquer très justement Lian et Baron (*Paris-Médical*, 16 novembre 1912), il y a plusieurs périodes dans cette évolution :

Une phase de *début*, en général progressive, quelquefois relativement brusque, où apparaissent la cyanose, l'œdème et la dilatation veineuse ;

Une phase d'*état* où les symptômes ont atteint leur maximum ;

Une phase d'*adaptation* où l'oblitération de la veine cave supérieure est compensée par le riche développement de la circulation collatérale ; nous avons exposé (v. p. 14) quel est le type revêtu par celle-ci et nous avons vu qu'elle pouvait atteindre un degré considérable.

Assurément, cette évolution est schématique et dépend beaucoup du moment où a été institué le traitement antisiphilitique. S'il a été pratiqué de bonne heure, la perméabilité de la veine cave se rétablit, la stase veineuse, la circulation supplémentaire disparaissent ; s'il a été établi tard, il ne peut plus rien contre l'oblitération fibreuse de la veine ; du moins, il empêche les progrès de la médiastinite, évite l'extension de celle-ci, protège les organes du médiastin postérieur. La lésion se trouvant ainsi immobilisée, l'organisme est plus apte au développement du processus de compensation, de la circulation complémentaire. Rappelons, d'ailleurs, que la circulation superficielle n'est pas tout et qu'il se fait, soit par le système azygos, soit par les veines rachidiennes

une dérivation importante qui doit être prise, aussi, en considération.

2° L'existence possible de phlébite cave oblitérante sans médiastinite.

L'existence d'une médiastinite est indiscutable dans le cas de Comby, Vigouroux et Collet, puisque l'autopsie a été pratiquée et a parfaitement identifié les lésions ; elle ne peut être niée non plus dans l'observation de Lian et Baron, puisqu'elle a été montrée par l'examen radioscopique.

On ne saurait avoir la même certitude dans le cas de von Schrotter (ni la radioscopie, ni l'autopsie n'ont été pratiquées), ni dans le cas inédit que nous devons à l'obligeance de M. le D. Josué, puisque la radioscopie a montré l'intégrité des organes thoraciques.

Dans ces deux derniers cas, y avait-il simplement phlébite oblitérante syphilitique, ou y avait-il péri-phlébite compressive, donc médiastinite, mais médiastinite très limitée ? Nous posons la question sans la résoudre, l'autopsie seule pouvant trancher définitivement ce problème. Quant au cas de Barth, il paraît plus probant au point de vue de l'existence d'une médiastinite, car il n'y avait pas seulement compression de la veine cave supérieure, mais aussi compression de la bronche droite ; ces manifestations multiples sont nettement en faveur d'une lésion diffuse telle que la médiastinite.

IV. — MÉDIASTINITE DIFFUSE

OBSERVATION XIII

(Dieulafoy, *Presse Médicale*, 30 novembre 1910).

Médiastinite syphilitique.

Le 11 avril entraît dans mon service, salle Saint-Christophe, n° 18, un homme de soixante-trois ans, couvreur de son métier. Jusqu'à la fin de l'année 1909, la santé avait été bonne, mais depuis cette époque s'étaient succédé une série de symptômes dont voici la description :

Le malade avait d'abord éprouvé une douleur, ou mieux, une pesanteur de tête qui devint bientôt extrêmement pénible. « C'était, dit notre homme, comme si l'on m'avait assommé. » Cette sensation de pesanteur était surtout causée pendant le travail, alors que la tête était baissée, le couvreur étant obligé, par son métier, de se courber en avant. La même sensation était encore très intense au lit, à cause de la position horizontale, et pour alléger ses souffrances le pauvre homme était obligé de s'asseoir ou de se tenir debout, conditions peu favorables au sommeil.

A la même époque survint un symptôme assez étrange, c'est l'écoulement de larmes sur le visage et par les narines. Cet écoulement se faisait surtout quand le malade se courbait en avant pendant son travail, ou quand il était au lit, la tête inclinée sur l'oreiller. L'écoulement se faisait goutte à goutte et le linge était tout mouillé.

•

En même temps était survenue une diminution rapide et très notable de l'ouïe ; le malade ne pouvait plus tenir une conversation, il devenait sourd, sans savoir à quoi attribuer cette infirmité. À ces symptômes s'ajoutait une dysphagie si intense, que l'alimentation dut être réduite à des soupes et du lait. La dysphagie n'était nullement douloureuse ; elle n'était accompagnée ni de régurgitations, ni de vomissements, elle consistait simplement en une gêne mécanique au passage des aliments solides.

La respiration, elle aussi, laissait beaucoup à désirer ; le moindre effort devenait impossible et le malade était facilement essoufflé, surtout pendant son travail. Il remarquait également que sa voix faiblissait et devenait rauque.

A ces différents symptômes s'adjoignit assez rapidement un énorme gonflement du cou. Impossible de déboutonner les chemises, car le tour du cou, qui était primitivement de 38 centimètres, atteignait actuellement 42 centimètres.

Pendant ses forces, respirant mal et se sentant gravement atteint, cet homme abandonna son travail en février 1910. Vers la même époque survint un œdème qui atteignit en quelques jours la partie inférieure de la face, le cou et les membres supérieurs. C'est dans ces conditions que le malade entra dans notre service le 11 avril.

Dès son arrivée, nous l'examinons. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'aspect de la tête avec sa forme en poire. Les joues et les parties latérales du visage sont fortement élargies par un œdème induré qui se continue avec un œdème volumineux des régions parotidiennes et du cou. La partie supérieure du thorax participe à cette tuméfaction œdémateuse qui a également envahi les membres supérieurs. Les bras et les avant-

bras sont énormes ; ils ont pris une forme cylindrique qui cache les reliefs musculaires. Les mains sont épaissies. En certains endroits, les tissus œdématisés ont pris une consistance scléreuse ; on dirait du carton ; on ne peut ni pincer la peau ni former le godet. Du fait de ces œdèmes indurés, les mouvements des mains et des bras sont fort limités, le malade peut à peine remuer les doigts ou fléchir le poignet.

Par contre, les œdèmes ont à peine effleuré la partie supérieure du visage et ils ont complètement respecté les membres inférieurs.

Au cou, à la poitrine, dans le dos et aux bras, on constate la formation d'une forte circulation veineuse complémentaire. Au cou, les jugulaires externes forment des cordons flexueux et fortement distendus. A la face antérieure du thorax se dessinent des réseaux veineux très dilatés. De chaque côté de l'abdomen est une arcade veineuse volumineuse qui part du bord externe du grand muscle droit et qui, après avoir décrit une longue courbe, vient se perdre au voisinage du sternum. Sur cette arcade veineuse jetée entre les veines épigastriques d'une part, les intercostales et les mammaires internes d'autre part, il est facile de mettre en évidence, par la pression du doigt, le sens du courant sanguin, qui, au lieu de se faire de bas en haut, se fait de haut en bas, allant de la veine cave supérieure vers la veine cave inférieure.

Le malade a l'air un peu ahuri ; la pesanteur de tête lui est extrêmement pénible : ce n'est pas de la céphalée, c'est autre chose, « on dirait que la tête pèse 15 kilos » ; les yeux sont larmoyants, mais il n'y a pas de chémosis ; la respiration est gênée ; la dysphagie ne permet que le passage des boissons. Cet homme est devenu tellement sourd que, même en lui

criant dans l'oreille, on n'arrive pas toujours à se faire entendre.

Passons à l'examen des organes : rien à signaler au cœur ni à l'aorte ; le rythme des pouls radiaux est régulier et synchrone. A l'inspection de la poitrine, on ne constate ni épanchement pleural ni lésion pulmonaire ; on ne perçoit aucun bruit anormal trachéo-bronchique, ni cornage ni souffle, mais à la percussion, le côté droit du thorax est moins sonore que le côté gauche, et, à l'auscultation, le murmure vésiculaire y est sensiblement affaibli. On ne constate de matité ni à la région sternale ni à la région interscapulaire. On ne trouve de ganglions nulle part.

La voix est rauque et bitonale ; à l'examen laryngoscopique, pratiqué par M. Bonnier, on voit que la corde vocale droite est paralysée ; elle est absolument immobile. Cette paralysie était à prévoir, car, en palpant légèrement le larynx entre le pouce et l'index, au moment où l'on fait parler le malade, on sent fort bien que les vibrations glottiques transmises aux doigts sont beaucoup moindres au côté droit du larynx, c'est-à-dire du côté de la paralysie vocale.

Munis de tous ces renseignements, il était possible d'affirmer que notre malade était atteint d'une tumeur du médiastin. On pouvait même aller plus loin dans le diagnostic topographique et localiser la lésion dans le voisinage de la veine cave supérieure. *La répartition régionale des œdèmes et la paralysie de la corde vocale droite* étaient les signes de premier ordre qui justifiaient ce diagnostic.

En effet, c'est la gêne dans le domaine de la veine cave supérieure qui expliquait les œdèmes localisés au visage, au cou, à la partie supérieure du thorax et aux membres supérieurs. C'est la gêne dans le domaine de cette veine cave supérieure qui expliquait les circulations complémentaires, les distensions

veineuses, le renversement du courant sanguin, et la stase veineuse encéphalique qui se traduisait par une terrible pesanteur de tête. La paralysie de la corde vocale droite indiquait que le nerf récurrent droit, ou peut-être le pneumogastrique droit, était intéressé.

Restait à savoir quelle était la *nature* de la lésion médiastinale. S'agissait-il d'un anévrisme aortique, d'une lésion ganglionnaire, d'une lésion tuberculeuse, cancéreuse ou syphilitique?

Nous devons éloigner l'hypothèse d'un anévrisme de l'aorte, car nous ne trouvions aucun signe qui nous permit de nous arrêter à ce diagnostic. Pouvait-on croire à des lésions médiastinales tuberculeuses ou cancéreuses? C'en était pas impossible, mais c'était bien improbable, l'examen le plus complet ne nous orientait pas vers ce diagnostic, et l'analyse du sang ne fournissait aucune indication. A plusieurs reprises des examens radioscopiques et des épreuves radiographiques n'avaient donné que des résultats sans importance; on percevait une ombre dans la région médiastinale incriminée, mais on n'en pouvait tirer aucune conclusion.

Nous aurions vivement désiré aboutir au diagnostic de lésion syphilitique du médiastin, car la médication eût été singulièrement simplifiée et les chances de succès n'auraient sans doute pas été illusoires. Mais nous avons beau chercher des arguments en faveur de ce diagnostic, il ne nous était pas possible d'en trouver. Le malade, longuement interrogé, niait formellement avoir eu la syphilis; il ne portait d'ailleurs aucune trace, aucun stigmate de syphilis ancienne ou récente: la réaction de Wassermann ne fut pas pratiquée en temps utile et nous nous demandions s'il ne s'agissait pas, par hasard, d'un cas de syphilis ignorée.

Le malade fut mis en observation, on prescrivit le régime lacté et l'on pratiqua, faute de mieux, des injections de cacodylate de soude. Mais les symptômes empiraient, la dyspnée augmentait, les veines du cou étaient encore plus volumineuses, la surdité était presque complète, le cou était énorme, l'œdème des bras augmentait, la pesanteur de tête était intolérable, les nuits étaient des plus pénibles, la faiblesse s'accroissait, bref, on sentait que la situation allait devenir périlleuse.

(Dieulafoy expose comment, à défaut d'autre cause, il a été amené à penser à la syphilis).

Le traitement mercuriel fut commencé le 27 mai. Tous les jours, jusqu'au 11 juin, on injecta le biiodure d'hydrargyre aux doses croissantes de 1 centigramme, 1 cgr. 1/2, 2 centigrammes et 2 cgr. 1/2.

Le résultat ne se fit pas attendre. Après la sixième et septième injection, le malade manifeste une amélioration notable, la pesanteur de tête est moindre, la respiration est un peu plus aisée, on dirait que les doigts sont un peu moins empâtés et plus mobiles.

Au 14 juin, l'amélioration est incroyable, et cette amélioration progresse de jour en jour, à vue d'œil. Le malade est souriant, il nous reçoit tous les matins avec une joie qu'il ne dissimule pas, il n'éprouve plus sa cruelle pesanteur de tête, il dort bien, il entend mieux, les œdèmes diminuent, les mains et les doigts deviennent plus agiles.

La médication mercurielle, qui a été suspendue le 14 juin, est reprise six jours plus tard, et, cette fois, la dose journalière du biiodure d'hydrargyre est portée à 3 ou 4 centigrammes. A la date du 30 juin, l'état de notre malade est complètement modifié: la tête a perdu son aspect en forme de poire, les yeux

ne sont plus larmoyants, la pesanteur de la tête a totalement disparu, les œdèmes du cou et des bras ont notablement diminué; les tissus sont devenus plus souples, les saillies musculaires ont repris leur apparence normale, le malade a retrouvé la liberté de ses mouvements, il gesticule avec ses mains et ses bras, les doigts ont retrouvé leur agilité. Pour nous montrer combien la déglutition est devenue plus facile, cet homme se met à manger et avaler devant nous de gros morceaux de pain, il secoue sa tête dans tous les sens pour nous prouver qu'il n'en souffre plus; il n'est plus sourd, sa voix a repris son timbre normal et, chose essentielle, l'examen au laryngoscope montre que la corde vocale droite *n'est plus paralysée*.

Le malade supportant son traitement mercuriel sans en éprouver le moindre inconvénient, on continue encore des injections de biiodure jusqu'au 11 juillet. Bien que les œdèmes du cou et des membres supérieurs aient en partie disparu, les tissus n'ont pas encore repris partout leur souplesse; ainsi, les téguments de la région externe de l'avant-bras conservent encore une consistance de carton. Les veines du cou forment toujours des cordons flexueux fort distendus; les réseaux veineux du tronc et des bras sont d'autant plus apparents qu'ils ne sont plus masqués par l'œdème qui les dissimulait.

A l'auscultation, on constate que le murmure vésiculaire a repris son intégrité dans le côté droit de la poitrine. Le sommeil et l'appétit sont excellents; notre homme se promène une partie de la journée sur les terrasses de l'Hôtel-Dieu, il monte les escaliers sans la moindre oppression, ses forces sont revenues, il se sent guéri, il demande à quitter l'hôpital pour aller reprendre son métier de couvreur, et il manifeste joyeu-

sement son contentement, alors que quelque temps avant il se croyait perdu.

Il nous quitte, en effet. Il est venu nous revoir, quelques semaines plus tard, en parfaite santé. Il a repris son travail et n'en éprouve aucune fatigue ; c'est « comme s'il n'avait jamais été malade ». Néanmoins, il nous a promis de revenir bientôt, afin qu'on puisse lui faire une nouvelle série d'injections mercurielles. Et ce ne sera pas la dernière, car le même traitement devra être recommencé tous les trois mois au moins pendant un an.

Quand à savoir sous quelle forme s'est développée la lésion syphilitique médiastinale de cet homme, s'agissait-il de gommes, ou de médiastinite calleuse, ou de syphilome diffus scléro-gommeux, peu importe : ce qui est essentiel, c'est que les symptômes ont rapidement disparu sous l'influence du traitement mercuriel.

OBSERVATION XIV

(OULMONT et DELORT. — *Société médicale des hôpitaux*,
7 juin 1912).

Médiastinite syphilitique

Marie B..., cinquante ans, couturière, entre à l'hôpital Beaujon, salle Vulpian, le 24 novembre 1911.

Elle est dans un état de cachexie marquée. Elle se plaint de douleurs et de gêne dans l'articulation tibio-tarsienne droite. Elle dit aussi qu'elle tousse et qu'elle a une certaine difficulté à avaler.

En examinant la région tibio-tarsienne, on la trouve déformée et augmentée de volume ; les saillies et les méplats sont effacés.

Un empâtement diffus les remplace et envahit surtout les faces latérales ; les téguments ont une teinte violacée ; près du tendon d'Achille en dehors, on trouve la trace d'une incision faite il y a un mois, dont la partie inférieure est cicatrisée et la partie supérieure entr'ouverte, fistuleuse, laissant écouler un peu de sérosité. Si on cherche à mobiliser cette articulation, on constate que tous ses mouvements sont limités ; la flexion n'arrive pas à l'angle droit, l'extension est loin d'être normale.

Les mouvements d'adduction et d'abduction, les mouvements de circumduction sont très difficiles et à peine ébauchés. Aucun de ces mouvements n'est douloureux. La ponction exploratrice ne donne issue à aucun liquide ; en présence de ces signes, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une tuberculose de la tibio-tarsienne et de la sous-astragalienne.

Mais, d'autres signes attirent l'attention :

Au niveau du creux poplité droit est une tuméfaction arrondie, de la grosseur d'une noix, assez dure.

A la partie supérieure du triangle de Scarpa droit est une cicatrice déprimée, longue de 3 centimètres, haute de 1 cm. 1/2 ; dans l'aîne droite, comme d'ailleurs, dans l'aîne gauche, il existe des ganglions indurés, séparés, non douloureux.

Sous la clavicule gauche, autre cicatrice de 3 à 4 centimètres de long sur 2 de large.

La malade a d'autre part une voix nasonnée et des troubles de déglutition. Cela dure, dit-elle, depuis trois ans. Elle tousse depuis longtemps.

Assez brusquement, sa toux est devenue plus fréquente et

plus pénible, amenant le rejet de croûtelles blanchâtres. Un oto-rhino-laryngologiste lui a enlevé les deux cornets gauches.

Les troubles, malgré cela, se sont aggravés, et actuellement, elle ne peut déglutir les liquides qui sont en partie rejetés par le nez. Les solides passent difficilement. Ils amènent de la douleur et du spasme; ils sont aussi fréquemment rejetés; seules les purées sont facilement tolérées.

À l'examen du fond de la gorge on constate:

Une perforation du voile du palais siégeant sur la moitié gauche, haute de un demi-centimètre, longue de 1 cm. 1/2 environ; elle est ovale, à grand axe parallèle au bord inférieur du voile.

Du muco-pus s'écoule de l'arrière-nez; toute la gorge est rouge. La luette est attirée à gauche, comme collée à la face inférieure du voile.

Enfin, la malade tousse.

À l'examen du thorax, on remarque qu'il est aplati, évasé à sa partie inférieure. Les muscles superficiels, les intercostaux sont atrophiés. À la partie supérieure, la peau est lisse et brillante, il n'y a aucun œdème net pourtant.

Enfin on remarque une importante circulation veineuse sur laquelle nous reviendrons.

La palpation, la percussion révèlent en avant, une légère résistance au doigt et un peu d'augmentation des vibrations sous la clavicule droite. En arrière, rien d'anormal.

Il en est de même de l'espace inter-scapsulaire. L'auscultation fait entendre en avant comme en arrière un murmure vésiculaire fort et rude, égal des deux côtés, comme il est habituel chez les gens maigres.

À l'examen de l'abdomen, on remarque un réseau volumi-

neux qui se continue avec le réseau thoracique. La palpation, qui ne révèle aucune douleur, montre que le foie est gros, dur et lisse, à bord antérieur régulier. La palpation et la percussion réunies permettent de le mesurer et de constater qu'il a :

Sur la ligne axillaire antérieure : 17 centimètres.

Sur la ligne mamelonnaire : 15 centimètres.

La rate n'est pas perceptible à la percussion. L'appareil digestif semble normal. Quelques hémorroïdes flétries, qui, depuis plusieurs années ne font plus souffrir la malade, sont encore constatables.

Il nous faut revenir maintenant sur une circulation veineuse très importante que présente cette malade sur toute la face antérieure du tronc.

C'est un signe frappant dès qu'on la découvre ; certaines veines se détachent en saillie, d'autres en traits bleus très nets sur une peau assez blanche et lisse.

On peut la décrire comme formée de deux parties, une supérieure, thoracique, l'autre inférieure, abdominale, unies par une zone plus vague qui s'étend de l'ombilic à la base du thorax.

A la partie supérieure, on trouve un gros paquet veineux dilaté et déformé au niveau du manubrium.

De ce paquet partent deux canaux sensiblement égaux à droite et à gauche et qui vont dans la direction des mamelons. Un troisième canal prend naissance près de la veine gauche, lui est un instant parallèle, puis se divise en fourche pour joindre les deux précédents.

A droite et à gauche de ce système principal sont des veinules moins marquées et non en relief dont la direction

est transversale et qui rejoint la circulation des aisselles et des bras.

A la partie inférieure, les deux sous-cutanées abdominales qui s'appellent « sous-cutanées abdominales moyennes » ont le volume double d'une plume d'oie. Elles montent, décrivant des sinuosités régulières, puis se divisent chacune en deux branches ; une externe, qui se perd dans la circulation des flancs et une interne qui rejoint des veines moins volumineuses mais nettes, obliques en haut et en dehors, vers les mamelons.

Là est une sorte de rendez-vous veineux figurant un cercle connu en anatomie normale sous le nom de cercle de Haller. Il est nettement apparent chez notre malade.

L'examen du courant sanguin dans ces veines volumineuses donne peu de renseignements en ce qui concerne les veines de la partie supérieure. A la partie inférieure, il semble aller de haut en bas.

On ne constate ni thrill ni frémissement à la palpation.

Au centre du tronc, la circulation veineuse est faite de canaux plus petits, plus abondants, à sens général longitudinal.

On y remarque comme plus saillantes les deux veines continuant les sous-cutanées abdominales et que nous venons de citer, plus un tronc moyen assez dilaté allant du xyphoïde à l'ombilic.

Des anastomoses transversales peu importantes unissent ces voies.

Ainsi se présente la malade à son entrée.

En présence de ces faits complexes, on se reporte aux antécédents.

Notre malade a un passé pathologique très chargé.

Pour ne l'indiquer que dans ses grandes lignes, voici ce qu'il faut noter :

A treize ans, laryngite à la suite d'un coup de froid, qui lui laisse ensuite une voix voilée.

Réglée à quinze ans, très irrégulièrement.

Elle a, à vingt-deux ans, un enfant. Celui-ci né à huit mois de grossesse, a vécu quatre mois et demi. Il présentait, dit-elle, un ventre volumineux ; elle ignore de quoi il est mort.

Après son accouchement, elle a eu les seins gros et douloureux ; elle ne sait pas si elle a eu de la fièvre.

Vers la même époque, elle a présenté une éruption vésiculeuse aux tempes et quelques névralgies.

Mais à aucun moment on ne relève, soit avant soit après son accouchement, le commémoratif de taches rouges, de céphalée, de chute de cheveux.

A trente-deux ans, hydrosadénite axillaire, diagnostiquée et traitée à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

A trente-sept ans, infection à allure grippale avec fièvre, douleurs articulaires qui la font rester plusieurs mois au lit.

Dix mois après, apparition à la partie supérieure de la cuisse droite de grosseurs séparées qui s'ulcèrent et donnent issue à une sérosité couleur louche. Cicatrisation trois mois après.

A trente-huit ans, elle présente de la gêne respiratoire et une toux quinteuse pénible, à aspect coqueluchoïde. Elle a des points douloureux à la partie supérieure de l'hémithorax droit en avant et en arrière ; un médecin appelé diagnostique, pleurésie, mais à aucun moment on ne retire du liquide.

Dans la suite, cette toux continue avec les mêmes caractères, lui donnant, peu de temps avant son entrée à l'hôpital, des crises de suffocation.

A quarante-cinq ans, une grosseur apparaît sous la clavicule gauche. D'abord de la taille d'une noix, elle augmente de volume, puis s'ouvre sans douleur et laisse échapper de la sérosité de couleur louche. Cicatrisation peu de temps après.

Il y a trois ans, a commencé la gêne au niveau de la gorge et du nez.

Il y a un an, troubles de la tibio-tarsienne ; douleurs, puis tuméfaction ; un médecin a pratiqué une incision sur le bord droit du tendon d'Achille ; il s'est écoulé un peu de sérosité rousse et du sang.

Il y a six mois qu'est apparue la grosseur du creux poplité. Il y a six mois que se sont accentués les troubles de la gorge et du nez.

Tels sont les antécédents.

Malgré l'absence de tout commémoratif net de syphilis, on pratique une réaction de Wassermann qui est positive, on met la malade au traitement mercuriel par piqûres, puis frictions ; l'état local et général s'amende de façon notable. La lésion du pied, sur la nature bacillaire de laquelle on pouvait garder quelques doutes, change d'aspect en quelques jours. Le trajet fistuleux se comble, l'orifice se cicatrise. Nous pensons donc qu'il faut rattacher tous les accidents présentés par cette malade à la syphilis.

La radiographie et la radioscopie sont pratiquées.

La radiographie de la tibio-tarsienne droite montre un peu de raréfaction osseuse de l'astragale et comme une ébauche de soudure entre cet os et le scaphoïde.

Au thorax les signes sont particulièrement intéressants ; on trouve à la radioscopie, en vue antérieure, l'aspect d'une masse

grêle siégeant à droite, repoussant la masse cardiaque qui apparaît de forme allongée.

En vue postérieure, mêmes signes ; en oblique antérieure droite, le siège de la masse apparaît plus précis à hauteur de l'émergence des gros vaisseaux du cœur, au-dessous de la crosse aortique.

À la radiographie, on voit également une masse confuse siégeant à droite, dont on ne peut dire si c'est du tissu cellulaire ou des ganglions.

Dans toutes ces épreuves, on remarque une sorte de torsion de la masse cardio-vasculaire. La pointe est un peu plus détachée qu'à l'état normal ; les gros vaisseaux sont déviés.

En présence de ces faits, on est amené à admettre l'existence d'un obstacle siégeant au niveau du médiastin ; il détermine une gêne de la circulation veineuse profonde, compensée par une circulation superficielle très importante.

Sur la nature de cet obstacle on peut hésiter, deux hypothèses étant possibles ; ganglions lymphatiques hypertrophiés, médiastinite simple. En faveur de la première hypothèse, on peut dire que l'histoire de la malade révèle une maladie générale : la syphilis et de nombreuses maladies du poumon qui ont pu retentir sur les ganglions.

Que la masse siège justement où sont les ganglions les plus importants, c'est-à-dire dans l'espace inter-trachéobronchique droit.

En faveur de la seconde : que les observations de médiastinite sont assez nombreuses dans la syphilis ;

Qu'une compression veineuse localisée, comme nous nous efforcerons de le démontrer, est plus le fait de tissu fibreux que celui de ganglions lymphatiques. Baréty admettait même

que, en règle générale, l'azygos creuse son chemin parmi les ganglions.

Il semble qu'on ne puisse être plus précis sur le point même où se fait sans doute cette compression.

Si, examinant la circulation collatérale que nous venons de décrire, on se reporte aux conclusions des auteurs modernes, en particulier à celle de MM. Gilbert et Villaret, dans *la Revue de médecine* de 1907, on est amené à conclure qu'il s'agit d'un type d'oblitération cave supérieure.

Mais, si on examine de plus près les symptômes observés, on s'aperçoit que le tableau clinique habituel des compressions ou oblitérations de ce vaisseau est loin d'être reproduit chez notre malade. En effet, depuis la description de Oulmont en 1856, on en a cité beaucoup d'observations.

Dans toutes on trouve :

D'une part, une circulation collatérale tout à fait semblable à celle que nous venons de décrire, mais en plus, un grand nombre d'autres signes : vertiges, céphalée, bourdonnements d'oreilles, cyanose, œdème de la partie supérieure du tronc, sensation à la palpation des gros troncs veineux dilatés.

Aucun de ces signes n'est présent dans notre observation.

La circulation veineuse collatérale seule existe.

Nous sommes amenés à penser qu'il s'agit de compression non de la veine cave supérieure mais de l'azygos seule.

La radiographie oblique montre la masse située en arrière des gros vaisseaux, au-dessus du pédicule pulmonaire.

L'azygos serait comprimée là au niveau de sa crosse, quand elle repose sur ce pédicule.

Elle a reçu toutes les collatérales, d'où gêne considérable de

la circulation, arrêt dans la grande voie de communication cave inférieure, cave supérieure.

C'est pour cela que la suppléance va chercher à s'établir par les autres voies.

Parmi celles-ci, la circulation postérieure entre les veines du rachis et de la nuque aboutissant aux jugulaires postérieures ne peut acquérir un volume suffisant.

La circulation porto-cave est légèrement gênée. Nous avons noté le foie dur et gros, les hémorroïdes anciennes.

Seul est complètement libre le système de la paroi antérieure abdominale.

Il s'est considérablement dilaté et semble suffire à rétablir le courant.

Peut-être a-t-il été favorisé dans cette dilatation par le fait que les muscles intercostaux et les surcostaux sont faibles, ce qui, comme le font remarquer MM. Buy et Cany, supprime le refoulement du sang au cours des mouvements respiratoires.

Mais c'est surtout le lieu et la nature de l'obstacle qui importent et nous pensons qu'une circulation collatérale de ce type et isolée doit faire penser à une compression de l'azygos, sans compression des gros vaisseaux antérieurs.

OBSERVATION XV

(LIAN et BARON. — *Progrès médical*, 9 et 16 novembre 1912, 2^e cas.)

Médiastinite syphilitique

M. Z..., trente ans, n'a rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents. C'est en mars 1910 qu'apparaissent les premiers

symptômes de son affection. Conduisant une voiture, il est pris subitement d'un accès de constriction à la gorge. Presque asphyxié, congestionné, la face violette, il est obligé de descendre de voiture. Puis le spasme se calmant, il rentre à pied chez lui. Dans le courant de mars et avril, des spasmes glottiques se reproduisent souvent au moindre effort, mais ils sont légers et s'accompagnent souvent de bourdonnements d'oreilles, malaise général ; les objets ne paraissent pas tourner autour du malade ; il appelle ces troubles accompagnant le spasme glottique : des étourdissements. Un médecin consulté trouve la paroi postérieure du pharynx rouge, oedémateuse, sent quelques ganglions cervicaux durs, gros comme une noisette, et constate une température de 38° 5.

Le malade, depuis lors, prend régulièrement sa température, et, nous pouvons le dire dès maintenant, il conserva de la fièvre jusqu'à son entrée à l'hôpital Beaujon en novembre 1914. En mai 1910, il a un accès de suffocation tel qu'il tombe sans connaissance.

Le médecin conseille une cure à Saint-Honoré-les-Bains et le malade y passe le mois de juin. Là, on remarque que le pouls est à 100, 120 pulsations. Depuis lors, le malade prend régulièrement son pouls, qui restera toujours troublé, accéléré, ou ralenti.

Il n'est guère amélioré par la cure de Saint-Honoré et conserve toujours fièvre, tachycardie, quelques étourdissements.

En outre, il remarque qu'il a perdu 17 kilogrammes, de mars à septembre 1910.

Deux médecins appelés en consultation pensent à la tuberculose et conseillent un séjour en Suisse.

Le malade séjourne en Suisse en novembre, décembre 1910

et janvier 1911. Son poids augmente de 3 kilogrammes, mais la fièvre persiste, la température est au voisinage de 38 degrés tous les soirs. Quant aux troubles du pouls, ils se modifient : le pouls est tantôt rapide, 100, 120, 130 ; tantôt très arythmique, tantôt enfin ralenti, 50, 45 et même 40. En outre, le malade a des tendances syncopales, et même un soir en se couchant, il a une courte perte de connaissance.

Il rentre en France dans le courant de février 1911. Mais à peine est-il arrivé à Paris que la fièvre s'élève, atteint 40 degrés et que se déclare une pneumonie du sommet droit.

Il est soigné dans un service hospitalier. L'examen bactériologique des crachats ne révèle ni bacille de Koch, ni pneumocoque. Au bout de quinze jours, le malade quitte l'hôpital, sa température est normale, mais il persiste des périodes de pouls lent, et il se produit des phénomènes syncopaux frustes.

Après deux ou trois semaines d'apyrexie, la fièvre réapparaît en même temps que les petits ganglions du cou grossissent un peu. Sa tachycardie devient constante. Presque tous les jours se produisent des étourdissements (sensation de malaise général avec bourdonnements d'oreilles). Et de mars à novembre 1911, le malade a seulement deux accès de spasme glottique, dont l'un avec perte de connaissance complète.

En juin 1911, il entre dans un autre service hospitalier, où l'on constate en outre des phénomènes présentés, que le foie est gros et dur, la rate un peu augmentée de volume. On fait plusieurs hémocultures, qui sont négatives ; une séro-réaction de Wassermann également négative ; deux biopsies des ganglions cervicaux, dont l'examen microscopique, l'ensemencement, l'inoculation, ne fournissent pas de renseignements intéressants.

De juillet à novembre 1911, le malade rentre dans sa famille. Pendant ce temps le foie, malgré les séances de radiothérapie, augmente de volume, la fièvre va jusqu'à atteindre 38 degrés le matin, 39°5 le soir; le pouls est rapide, l'état général est mauvais.

En novembre 1911, le malade va consulter notre maître, M. Castaigne. La palpation du foie lui fait constater une dureté, une irrégularité de ce viscère, qui lui suggère le diagnostic de syphilis hépatique. Il fait pratiquer une nouvelle séro-réaction de Wassermann qui est franchement positive, tandis qu'une intra-dermoréaction à la tuberculine reste à peu près négative. Il décide alors d'instituer le traitement mercuriel et fait entrer le malade dans le service de notre maître le professeur Debove, en confiant à l'un de nous le soin de suivre ce malade.

Examen. — Un examen attentif de ce sujet amaigri, au teint terreux, nous a révélé, indépendamment de la fièvre et de quelques adénopathies, des signes d'hépatite et de médiastinite syphilitique.

Fièvre. — La température lors de l'entrée à l'hôpital Beaujon est de 37°7, 37°8 le matin, et de 38°2 le soir.

Adénopathies. — Il y a quelques ganglions cervicaux axillaires et inguinaux gros comme une noisette, durs et indolores.

Hépatite. — Le foie déborde peu le rebord costal sur la ligne mamelonnaire, deux travers de doigt environ, mais il fait une saillie importante au creux épigastrique où il arrive jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La palpation montre, en outre, que le foie est dur, et que sa surface est très irrégulière; il y a des dépressions qui rappellent l'aspect classique du foie ficelé. Cet examen est peu douloureux.

La rate n'est pas perceptible à la palpation, mais la percus-

sion fait constater qu'elle est un peu augmentée de volume.

Pas d'ascite.

Quand à la circulation collatérale constatée, elle semble plutôt se rattacher à la médiastinite.

Médiastinite. — Le signe caractéristique est fourni par l'examen radioscopique et radiographique pratiqué par M. Desternes. En position frontale, l'opacité aortique est surmontée par une zone d'une opacité un peu moins grande. En position oblique antérieure droite et oblique postérieure gauche, on voit les deux tiers supérieurs de l'espace clair rétro-cardiaque obscurcis par une zone opaque, cela surtout à la jonction des ombres cardiaque et aortique. Cette zone n'est pas uniformément opaque, et présente des contours assez irréguliers. Il y a donc dans tout le médiastin supérieur, surtout dans sa moitié postérieure, une opacité anormale non animée de battements et ne rappelant pas les caractères de celle de l'anévrisme ni de l'adénopathie trachéo-bronchique. Il s'agit donc d'une tumeur ou d'une médiastinite chronique; mais la syphilis du malade, l'hépatite concomitante, l'évolution lente, conduisent naturellement au diagnostic de médiastinite.

Un autre signe de la médiastinite est la tachycardie, qui existe même le matin, alors que la température est peu élevée, et qui persistera alors que la fièvre aura complètement disparu. Le pouls était en général à 120 au début du séjour à Beaujon.

Enfin, on constate de la circulation veineuse collatérale.

Elle est composée presque exclusivement d'une grosse veine serpentine qui part du milieu de la région inguinale (veine épigastrique inférieure, tégumentouse de Braune), longe le bord externe du grand droit, puis se continue avec une grosse veine superficielle thoracique qui passe au voisinage de la région

mammaire et finit par aboutir au-dessus de la fourchette sternale. Cette circulation collatérale nous paraît correspondre à de la gêne circulatoire dans le domaine de la veine cave supérieure.

L'examen des autres appareils a été négatif. Appareil circulatoire : rien à noter, sauf la tachycardie ; la pression artérielle est de maxima : 17 ; minima : 10, à l'oscillomètre de Pachon.

Appareil respiratoire : pas de reliquat de la pneumonie droite, pas de signes de compression bronchique. Système nerveux, pas de signes de tabès ; toutefois le malade s'est opposé à ce qu'on fasse une ponction lombaire. Urines : pas d'albuminurie.

Le traitement fut d'abord deux séries de dix injections quotidiennes de 2 centigrammes de biiodure de Hg séparées par dix jours de repos. Dès la troisième piqûre, la fièvre, persistante depuis plus d'un an, s'atténua pour disparaître à la cinquième ; 37 degrés le matin, 37°1 le soir (température rectale). Toutefois si la température du soir est prise après une promenade, elle atteint encore 37°7, 37°8.

Sous l'influence de ces deux séries de piqûres, il y a une amélioration marquée de l'état général. Le malade a meilleure mine, son poids a augmenté de 2 kilos, le foie descend à peu près aussi bas dans le creux épigastrique, mais n'est plus saillant, ne s'offre plus à la palpation comme auparavant. Toutefois l'ombre médiastinale postérieure, la circulation collatérale, la tachycardie persistent.

Le malade rentre dans sa famille, M. Castaigne lui conseille de faire deux séries de 10 piqûres d'hectine.

Fin février 1912, après les 20 piqûres d'hectine, le malade avait augmenté encore de 5 kilos, la fièvre n'était pas réapparue, le foie reprenait des dimensions sensiblement normales,

le poulx, au lieu d'être au voisinage de 120, se cantonnait près de 100 (90 à 110).

Le malade était en somme considérablement amélioré.

De nouvelles injections mercurielles et arsénicales ont été faites et il a pu reprendre une vie active.

Dans les trois observations précitées, il existait une médiastinite diffuse à symptomatologie multiple, mais la compression de la veine cave constituait assurément le signe essentiel. Ces observations ne diffèrent donc de celles relatées dans le chapitre précédent que par la *multiplicité des compressions*.

En effet, dans le cas de Dieulafoy, il y avait, outre l'œdème dans le territoire de la veine cave supérieure, une paralysie laryngée qui mérite, par son caractère anormal, de retenir notre attention : il s'agissait, en effet, d'une paralysie récurrentielle *droite* ; or, on sait que le nerf récurrent droit ne possède pour ainsi dire aucun trajet médiastinal, puisqu'il se réfléchit au-dessous de l'artère sous-clavière droite, alors que le récurrent gauche qui se réfléchit sous la crosse aortique possède un trajet médiastinal relativement étendu ; aussi bien, en cas de compression médiastine (quelle qu'en soit la nature), c'est beaucoup plus souvent une paralysie récurrentielle gauche qu'une paralysie droite qui est observée. Il faut admettre que dans le cas de Dieulafoy, les adhérences du syphilome remontaient assez haut, jusque dans le creux sus-claviculaire droit.

Rappelons, de plus, qu'il existait, dans ce cas, une dysphagie notable.

Dans le cas de MM. Oulmont et Delort, il y avait, outre les signes de compression veineuse, des signes broncho-pulmonaires anciens, en particulier, de la toux qui aurait pu faire penser à la tuberculose si une perforation du voile n'était venue affirmer en quelque sorte l'existence de la syphilis ; au reste, ces signes étaient vraisemblablement bien plus en rapport avec une compression nerveuse qu'avec une lésion pulmonaire, puisque l'examen clinique du thorax, et en particulier l'auscultation, ne montrait qu'un « murmure vésiculaire fort et rude, égal des deux côtés, comme il est habituel chez les gens maigres ».

Enfin, dans le cas de Lian et Barón, il s'agit d'un malade chez lequel une syphilis méconnue a donné lieu pendant plus d'un an à une élévation thermique à peu près permanente, à une adénopathie, à des altérations hépatiques, enfin à de la médiastinite. Le diagnostic de syphilis, soupçonné par M. le professeur agrégé Castaigne, à cause de l'état du foie, fut confirmé par l'efficacité du traitement antisiphilitique et une réaction de Wassermann positive. Quant aux signes de médiastinite, ils sont apparus dans l'ordre suivant : accès de suffocation par spasme glottique, alternatives de tachy et de bradycardie par compression du pneumogastrique, apparition de la circulation collatérale, enfin, renseignements fournis par l'examen radiologique.

C'est, en effet, à l'examen radiologique très méthodiquement pratiqué qu'il convient de demander la confirmation définitive du diagnostic. Nous avons indiqué (p. 19) les renseignements généraux qu'il fournit et les différents temps qu'il faut successivement mettre en œuvre dans l'examen. Parfois, il s'agit simplement de nuances dont l'interprétation ne pourra être fournie que par un radiologiste éprouvé ; mais dans la plupart des cas précités, il y avait des modifications manifestes et imposant, en quelque sorte, le diagnostic.

V. — MÉDIASTINITE SYPHILITIQUE

CHEZ LES TUBERCULEUX

L'association de la syphilis et de la tuberculose est une éventualité assez fréquente, d'après M. Sergent. Dans plusieurs publications et dans la thèse de son élève Chabbert, M. Sergent insiste sur cette coïncidence et sur la tendance qu'ont les lésions à subir, en pareil cas, une évolution scléreuse. Ce qu'il avait vu et décrit à propos de la tuberculose pulmonaire s'est trouvé confirmé également pour les médiastinites.

Il a observé, en effet (1), chez une femme de cinquante-sept ans, manifestement tuberculeuse (il y avait une infiltration pulmonaire considérable et des crachats bacillifères), des signes de compression

1. *Presse médicale*, août 1912, n° 63.

médiastinale : cornage, toux coqueluchoïde de caractère un peu aboyant, dilatation des veines pré-sternales. Or, cette femme était manifestement syphilitique ; on trouvait chez elle une ulcération gommeuse de la jambe et la réaction de Wassermann fut nettement positive. La radioscopie permit de constater que le syndrome de compression bronchique était bien dû à l'existence d'une opacité du médiastin et qu'il n'y avait pas d'ombre expansive pouvant révéler la présence d'un anévrisme de l'aorte. Or, le traitement mercuriel chez cette malade amena un soulagement notable (et en particulier la diminution du cornage) et, de plus, la radioscopie pratiquée une seconde fois montra un éclaircissement relatif des zones antérieurement opaques. Tout n'a pas disparu parce qu'il s'agissait d'une association syphilo-tuberculeuse.

Nous noterons également, mais à titre secondaire, que dans une observation de Nobécourt et Paisseau (1), il s'agissait d'une médiastinite tuberculeuse chez un enfant hérédo-syphilitique, mais que l'examen microscopique montra la présence, à côté de lésions tuberculeuses, de lésions probablement en rapport avec la syphilis.

1. *Soc. méd. des hôpitaux*, 15 déc. 1910, p. 731.

CONCLUSIONS

1° La médiastinite syphilitique présente une symptomatologie complexe qui tend à être établie actuellement sous une forme relativement précise.

Il y a lieu de distinguer (au point de vue clinique comme au point de vue anatomique) les médiastinites qui se surajoutent à une affection syphilitique antérieure d'un organe du médiastin (anévrisme aortique, syphilis broncho-pulmonaire) des médiastinites en quelque sorte primitives et répondant à un syphilome diffus ; dans ce dernier cas, la symptomatologie est presque toujours à prédominance cave supérieure, mais donne lieu, en plus, à des signes de compression divers ;

2° L'examen radiologique constitue le moyen le plus précieux pour vérifier et confirmer le diagnostic, il faut le pratiquer très méthodiquement, en s'inspirant des principes que nous avons exposés (p. 19) ;

3° Étant donné l'importance des troubles que peut

réaliser la médiastinite syphilitique, il convient de porter le diagnostic d'une façon aussi précoce que possible, afin d'instituer le traitement spécifique qui semble très actif dans la plupart des cas.

Vu : le Président de la thèse
ROGER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BABONNEIX et BARON. — Gazette des Hôpitaux, 30 janvier 1912.
- BARTH. — Société médicale des Hôpitaux, 9 février 1906.
- CASE. — Médiastinite syphilitique avec paralysie de la corde vocale gauche et oblitération de la veine cave supérieure (Guy's Hosp. Gaz. London, 1908, t. XXII, p. 460).
- COMBY. — Sur un cas d'oblitération de la veine cave supérieure (Société médicale des Hôpitaux, 1^{re} communication, janv. 1892 ; 2^e communication, décembre 1893).
- COMBY, VIGOUROUX (A.) et COLLET (G.). — Oblitération de la veine cave supérieure par médiastinite syphilitique (Société médicale des Hôpitaux, 9 février 1906).
- DIEULAFOY. — Un cas de médiastinite syphilitique (Presse médicale, 30 novembre 1910).
- GAULT et LUCIEN. — Congrès pour l'avancement des sciences, août 1911 et Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx oct. 1911, p. 995.
- LIAN et BARON. — Des médiastinites chroniques (Paris médical, 16 novembre 1912).
- De la médiastinite syphilitique (Progrès médical, novembre 1912).
- NOBÉCOURT et POISSEAU. — Médiastinite tuberculeuse à évolution rapide chez un enfant de dix ans (Société médicale des Hôpitaux, 16 décembre 1910).
- OULMONT et DELORT. — Société médicale des Hôpitaux, 7 juin 1912.
- PAILLARD. — La Clinique, 22 mars 1912.

SERGENT. — Presse médicale, 3 juillet 1912.

— Presse médicale, 3 août 1912.

THIROLOIX et MIGINIAC. — Société médicale des Hôpitaux,
10 juin 1910.

VON SCHRÖTTER. — Erhauungen der Gefösse (p. 533) in
Die angeboren Herztnankheiten, von Prof. H. Vierordt.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos.....	9
Symptomatologie générale.....	11
Formes cliniques.....	23
Conclusions.....	107
Bibliographie.....	109

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris — 1962-13

